

L'accès aux soins des jeunes de la rue âgés de 15 à 25 ans

**Les attitudes infirmières facilitant l'accès aux soins
de santé : une revue de littérature étoffée**

**Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of sciences
HES-SO en soins infirmiers**

Par
Laeticia Buache-Bez
Promotion 2009-2012
Sous la direction de Madame Marie de Reyff

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers
Le 2 juillet 2012

« Si je m'en suis sorti un jour, c'est avant tout parce
qu'un jour j'ai rencontré quelqu'un qui croyait
vraiment en moi »

(Un ancien enfant de la rue, cité par Vanistendael, 2006, p.18)

Table des matières

1. INTRODUCTION	8
2. CONTEXTE D'EMERGENCE ET MOTIVATION	9
3. PROBLEMATIQUE	13
3.1. QUESTION DE RECHERCHE	13
3.2. OBJECTIFS ET BUTS POURSUIVIS	13
4. CONCEPTS ET CADRE DE REFERENCE	14
4.1. L'ACCES AUX SOINS	14
4.2. LA VULNERABILITE	16
4.3. LES ATTITUDES INFIRMIERES	17
4.4. LA RELATION THERAPEUTIQUE	19
4.5. L'INFIRMIERE DE RUE	20
4.6. LES SOINS DE SANTE	21
4.7. LA PROMOTION DE LA SANTE	23
4.8. LA PREVENTION	25
4.9. LES COMPORTEMENTS A RISQUES	26
4.10. LE PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE (HELP-SEEKING)	26
5. METHODOLOGIE DE LA REVUE DE LITTERATURE ETOFFEE	28
5.1. ARGUMENTATION DE L'ADEQUATION DU DEVIS	28
5.2. ETAPES DE LA REALISATION DE LA REVUE ETOFFEE DE LITTERATURE	28
5.3. LES CONCEPTS/ TERMES/ MOTS-CLES	29
5.4. LES CRITERES D'INCLUSION	30
5.5. LES CRITERES D'EXCLUSION	30
5.6. RESULTAT DES STRATEGIES DE RECHERCHES	30
5.6.1. STRATEGIE 1	30
5.6.2. STRATEGIE 2	31
5.6.3. STRATEGIE 3	31
5.6.4. STRATEGIE 4	31
5.6.5. STRATEGIE 5	32
5.6.6. STRATEGIE 6	32
5.6.7. STRATEGIE 7	32
6. RESULTATS	33
7. DISCUSSION	45
7.1. QUALITE METHODOLOGIQUE DES RECHERCHES SELECTIONNEES	45
7.2. DISCUSSION DES RESULTATS	47
7.3. REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	52
7.4. LIMITES DE L'ETUDE	53
8. CONCLUSION	54
8.1. IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LES SOINS	54

8.2.	BESOINS EN RECHERCHES ULTERIEURES	56
8.3.	POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DU TRAVAIL	57
9.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	59
9.1.	OUVRAGES	59
9.2.	ARTICLES DE PERIODIQUES	59
9.3.	DOCUMENTS ELECTRONIQUES, SITES WEB	61
9.4.	POLYCOPIES	64
9.5.	COURRIER ELECTRONIQUE	64
10.	<u>ANNEXES</u>	65
10.1.	ANNEXE 1 : DECLARATION D'AUTHENTICITE	65
10.2.	ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE DE RECHERCHE SCIENTIFIQUES VIERGE	66
10.3.	ANNEXE 3 : GRILLE DE SYNTHESE DES RECHERCHES SELECTIONNEES	69
10.4.	ANNEXE 4 : GRILLES D'ANALYSE DES RECHERCHES SELECTIONNEES	71

Résumé

But : L'intention de cette revue de littérature est d'identifier les attitudes infirmières facilitant l'accès aux soins de santé des jeunes de la rue

Méthode : Ce travail est une revue de littérature, qui fait un recensement des connaissances et des études au sujet des barrières et des facilitateurs à l'accès aux soins des jeunes de la rue. Chaque article a été analysé et synthétisé sous forme de grille

Population : Les jeunes de la rue, âgés de 15 à 25 ans

Résultats : Les attitudes de l'infirmière identifiées par les jeunes de la rue et facilitant l'accès aux soins sont le respect, la confiance, l'écoute, le non jugement, l'empathie, la disponibilité, la fiabilité, l'investissement, le prendre soin, la non stigmatisation, l'implication et la responsabilisation, le non favoritisme, une communication non autoritaire, le fait d'être contenant, l'intérêt porté à l'autre, la non pitié, l'encouragement, la compréhension, l'information, l'adaptation du langage, l'acceptation, la confidentialité, le fait de ne pas imposer, l'honnêteté et l'authenticité.

Discussion : Il est important que les infirmières aient des connaissances sur la culture de la rue et sur leurs conditions de vie afin de pouvoir créer une relation avec les jeunes de la rue favorisant l'accès aux soins

Implications infirmières : Elles doivent faire preuve de confiance, de compréhension, d'empathie, de non jugement, davantage s'intéresser à eux en les écoutant, en les intégrant dans les soins et dans les prises de décisions, en les responsabilisant et en les accompagnant dans la mise en place d'objectifs et à la réalisation de ceux-ci

Besoin en recherches ultérieures : Actuellement, peu de recherches ont été effectuées à ce sujet, en particulier dans les pays du tiers-monde où ce phénomène est très présent. Davantage de recherches doivent être menées afin de mieux connaître les attitudes infirmières facilitant l'accès aux soins et ainsi permettre d'améliorer l'accès aux soins de santé de cette population vulnérable

Mots-clés : Homeless youth, Attitude to Health, Accesibility to Health Services, Needs Assessment, Patient Acceptance of Health care

Zusammenfassung

Ziel : Das Ziel dieser systematischen Literaturreview ist, die Verhaltensweisen der Pflegefachperson, die den Zugang zur Pflege der Strassenjugend erleichtern sollten, zu identifizieren

Methode: Diese Arbeit ist eine systematische Literaturreview, gestützt auf verschiedene Forschungen, die erlauben die Fragestellung zum Thema « was hindert oder vereinfacht den Zugang zur Pflege der Strassenjugend » zu beantworten

Bevölkerung : Strassenjugend, alter : zwischen 15 bis 25 Jahre

Ergebnisse: Die Verhaltensweisen der Pflegefachperson, die den Zugang zur Pflege erleichtern und durch die Straßenjugend identifiziert worden sind, sind : der Respekt, das Vertrauen, das Zuhören, das Nicht-Urteilen, die Empathie, die Verfügbarkeit, die Zuverlässigkeit, die Investition, die Fürsorge, die Nicht-Stigmatisierung, das Engagement und die Verantwortung, die nicht Bevorzugung, keine autoritäre Kommunikation, das Ertragen können, das Interesse am anderen, kein Mitleid, die Ermutigung, das Verständnis, die Information, das Anpassung der Sprache, die Akzeptanz, die Vertraulichkeit, das nicht aufzwingen wollen, die Ehrlichkeit und die Echtheit

Diskussion : Es ist wichtig, dass die Pflegenden über Kenntnisse der Kultur der Straße und das Leben von Straßenkindern verfügen, damit sie eine therapeutische Beziehung mit den Straßenkindern aufbauen können

Auswirkung auf die Praxis: Die Pflegenden müssen Vertrauen, Verständnis, Empathie, mehr Interesse demonstrieren und nicht urteilen. Hilfe dazu sind das Zuhören, das Integrieren der Jugend in die Pflege- und Entscheidungsfindung, und das Miteinbeziehen beim Festlegen der Ziele und deren Realisierung

Bedürfnisse für die Zukünftige Forschung: Bis heute sind wenig Forschungen zu diesem Thema ausgeführt worden, vor allem in Ländern der Dritten Welt, wo dieses Phänomen weit verbreitet ist. Es besteht Bedarf zu verbessertem Verständnis der Verhaltensweise der Pflegenden, die den Zugang zur Pflege erleichtern und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für diese gefährdete Bevölkerung verbessern könnten

Stichwörter: Homeless youth, Attitude to Health, Accesibility to Health Services, Needs Assessment, Patient Acceptance of Health care

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de travail de bachelor, Madame Marie De Reyff qui m'a aidée et suivie durant l'élaboration de cette revue de littérature étoffée.

Je tiens également à remercier Cindy et Jérôme Frossard qui ont consacré du temps à relire et à corriger mon travail, ainsi que ma maman, Esther Bez, pour son aide au niveau de la langue allemande.

Je remercie aussi mon mari pour ces encouragements qui m'ont aidé à persévérer, ainsi que mes collègues de formation pour leurs conseils précieux partagés lors de chaque étape de la réalisation de ce travail.

1. Introduction

Cette revue de littérature va permettre d'identifier les attitudes infirmières facilitant l'accès aux soins de santé des jeunes en situation de rue.

La population mondiale des jeunes de la rue n'est pas exactement évaluée, mais il y en aurait des millions (Roy et al., 2000; Weber et al., 2002, cité par Agence de la santé Publique du Canada, 2008). Deux paradoxes intéressants émergent de cette thématique ; le premier est que malgré son ampleur, ce phénomène reste peu étudié dans le monde. Il est cependant intéressant car qu'il touche étroitement les problèmes liés à nos sociétés, c'est-à-dire la pauvreté, le chômage, la violence et les dysfonctionnements au sein des familles (Pirrot, 2004). Le deuxième paradoxe est que, malgré les pathologies importantes touchant cette population de jeunes, la fréquentation de services de santé est faible (De Rosa et al., 1999 ; Kipke, Unger, O'Connor, Palmer & LaFrance, 1997 ; Slesnick, Meyers, Meade & Segelken, 2000, cité par Garrett et al., 2008). En effet, il est difficile d'impliquer les jeunes dans les traitements, car ils s'y engagent peu ou les arrêtent précocement. Toutefois, une personne qui est en situation de rue depuis moins d'une année a plus de probabilité de suivre un traitement de manière régulière (O'Toole et al., 1999, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).

Dans un premier temps, l'auteure désirait restreindre les recherches sur sa thématique aux pays d'Afrique centrale. Au vu du peu de recherches effectuées dans cette région, elle décida de ne pas s'axer sur une région géographique particulière. La tranche d'âge des 15 à 24 ans a été sélectionnée par l'auteure, car les études scientifiques sont peu effectuées auprès des enfants en plus bas âge et cela pour des motifs éthiques. En effet, il est difficile d'avoir le consentement parental des enfants de la rue. L'auteure a aussi choisi cette tranche d'âge de jeunes, car ils présentent souvent plus de résistances à accéder aux soins, car ils ont un passé « de rue » plus long que les plus jeunes. En effet, comme Bélanger (2005) le mentionne « les jeunes se désengagent socialement de manière progressive et, plus ils avancent dans cette voie, moins il leur est facile de s'en sortir ».

Ce travail évoquera dans un premier temps, le phénomène des jeunes de la rue qui débouchera sur une question de recherche. Par la suite, divers concepts liés à la thématique seront traités afin de mieux comprendre la question et avoir une base pour analyser les résultats. Puis, des articles scientifiques sur ce sujet seront analysés à l'aide d'une grille¹ afin de mettre en évidence les résultats liés à la question de recherche. Ces divers résultats seront présentés et discutés. Les limites du travail de recherche seront aussi mises en évidence. La conclusion proposera une ébauche de réponse à la question de recherche ainsi que les implications professionnelles qui en découlent.

2. Contexte d'émergence et motivation

Aux USA, il y aurait environ 1,5 à 2 million d'adolescents vivant dans les rues (Bucher, 2008, cité par Hudson et al., 2010). Au Canada, il a été estimé qu'un tiers de la population des sans domicile fixe sont des jeunes. D'autres sources donnent une estimation de 65 000 jeunes sans domicile fixe dans ce pays (Agence de la Santé Publique du Canada, 2008). En France, on estime que 40 000 enfants sont livrés à eux-mêmes (UNICEF, 2008). Au Royaume-Uni, les jeunes entre 16 et 24 ans sont le groupe de sans abris le plus nombreux (Quilgars, Johnsen & Pleace, 2008). Dans les pays en voie de développement, ce phénomène est aussi très présent. Par exemple, en République Démocratique du Congo il y aurait au moins 35 000 enfants et jeunes dans les rues de Kinshasa. En Inde, les rues de Delhi en auraient plus de 150 000 (UNICEF, 2008). Toutefois, « ces chiffres changent en effet considérablement, d'une source à l'autre et à l'intérieur d'un même pays ou d'une même ville ; les estimations peuvent varier du simple au triple » (Pirrot, 2004). En Suisse, il n'existe pas de statistiques concernant le nombre de jeunes sans domiciles fixes et âgés de 15 à 25 ans. En effet, les personnes sans abris qui ne sont pas inscrites aux services sociaux ne sont pas recensées dans les statistiques nationales. Cependant en 2010, 2000 sans abris étaient inscrits à ces services, toutefois les chiffres concernant l'âge de ces personnes ne sont pas disponibles (Office fédéral de la statistique, cité par Boruvka, 2012).

¹ Annexe 2

Dans le terme « jeune de la rue », sont généralement compris les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont sans soutien familial et qui vivent dans la rue, dans des abris divers ou dans des foyers (Agence de la Santé Publique du Canada, 2008). L'expression « jeune de la rue » a des définitions diverses et variées. D'après Pirot (2004), il y a plusieurs sortes de jeunes de la rue. Certains sont en rupture totale avec leur famille, ils vivent et dorment donc en permanence dans la rue (jeunes de la rue). D'autres ne sont pas entièrement en rupture avec leur cellule familiale et gardent un contact régulier avec leurs parents. Ils passent la majorité de la journée dans la rue pour y travailler (jeunes dans la rue)². Cependant, les réalités de vie et leurs conditions précaires sont identiques. Ils vivent souvent dans la pauvreté, l'insécurité, l'instabilité et la vulnérabilité. Ces conditions de vie précaires favorisent des comportements à risque, comme l'abus de substances, les relations sexuelles non protégées et diverses infections (Agence de la Santé Publique du Canada, 2008).

Dans les pays en voie de développement, où se phénomène est aussi très présent, les filles sont souvent moins abandonnées par leur famille. Elles sont fréquemment une aide pour les tâches quotidiennes de la famille et sont éduquées à prendre soin des autres. Elles présentent donc moins de comportements problématiques que les garçons. Les filles abandonnent aussi plus facilement la rue car elles sont engagées comme domestiques chez des particuliers, recrutées pour travailler dans l'industrie du sexe ou engagées dans des usines et des ateliers (Josse, 2006).

Pourquoi les jeunes se retrouvent-ils dans la rue ? Il est difficile de donner des explications simples concernant les causes de ce phénomène, mais différents facteurs ont été mis en avant par Evelyne Josse (2006). Premièrement, la pauvreté ; de nombreux enfants de familles défavorisées sont forcés de quitter leur scolarité et de gagner la rue pour y travailler. Deuxièmement, un passé fait de rupture et de violence comme les problèmes familiaux (maltraitance, violence, alcoolisme, maladie mentale d'un parent, rejet, sorcellerie) sont très fréquents parmi les jeunes des rues. La crise économique qui engendre du chômage demande aussi aux enfants et aux jeunes de travailler pour subvenir

² Pour des raisons pratiques, l'auteur utilisera le terme « jeunes de la rue » pour définir tous les jeunes de ou dans la rue

aux besoins de leur famille qui peut être très nombreuse dans les cultures du tiers-monde. Le manque d'alternative à la rue, c'est-à-dire le manque d'institutions pour jeunes offrant des services adéquats, un service d'accueil, un soutien social ou psychologique est aussi un facteur non négligeable. Dans certains pays, les guerres ont pour conséquence le déplacement d'enfants et de jeunes soldats, réfugiés, déplacés orphelins ou séparés de leur parents durant l'exode.

Ces différents événements amènent les jeunes dans ce milieu hostile de la rue. Et ainsi, ils doivent apprendre à survivre dans la rue et développer des stratégies pour cela. Dans les pays plus pauvres, les différentes activités de survie des jeunes dans la rue sont la mendicité (mendier de l'argent, de la nourriture et diverses autres choses), la récupération d'objets dans les poubelles et les décharges, la vente de petites marchandises ou de journaux, le gardiennage de voitures, le lavage des voitures et de leur pare-brise, l'échange des devises, le cirage des chaussures, la prostitution, la vente de drogue ou autres produits illicites, le vol, etc. Les activités des filles se limitent généralement à la mendicité et la prostitution (Josse, 2006). Plusieurs études effectuées dans des pays industrialisés ont reporté que les jeunes de la rue utilisent diverses stratégies de survie comme par exemple se réfugier chez un ami, se prostituer ou encore commettre des infractions (King et al., 1989 ; Radford, King & Warren, 1989 ; Hewitt, Vinje & MacNeil, 2005, cité par Agence de la Santé Publique du Canada, 2008).

Cette population de jeunes a aussi la caractéristique de souvent vivre en groupe. Le fait de vivre en communauté offre à ces jeunes certains avantages tels qu'un soutien matériel (par le partage de la nourriture, des vêtements ou des abris), un soutien émotionnel (un sentiment d'appartenance au groupe et un sentiment d'être accepté), une protection (face aux policiers et aux gangs) ou encore un partage d'expériences (Josse, 2006). Pour certains jeunes, la communauté de la rue leur apporte leur premier sentiment de valeur personnelle et leur offre une opportunité d'autonomie (Bursen & Engebreston, 2007).

Les jeunes de la rue sont une population physiquement et émotionnellement vulnérable (Radford, King & Warren, 1989, cité par Agence de la Santé

Publique du Canada, 2008). Plusieurs recherches ont mis en évidence les divers problèmes de santé physique et mentale de cette population. D'après Haley (s.d), les principaux problèmes de santé des jeunes des rues sont les infections (Hépatite C, B, VIH), la consommation excessive de drogues (alcool, héroïne, cocaïne, etc.), un comportement sexuel précoce (grossesse précoce, involontaire et à risque, MST), la dépression et les tentatives de suicide. Josse (2006) rajoute aux divers problèmes de santé les maladies respiratoires, les problèmes dermatologiques, les affections dentaires, les maladies parasitaires, les avortements pratiqués dans des conditions sanitaires sommaires et le manque de suivi anténatal pour les filles enceintes. Au vu des ces résultats, nous pouvons relever, que les jeunes de la rue ont un état de santé fragile et instable. Ils ont souvent des conditions de vie instables favorisant des comportements à risque qui influencent négativement leur santé. Pourtant, ils se préoccupent peu de leur santé, car ils essaient premièrement de satisfaire leurs besoins fondamentaux quotidiens, tels la nourriture ou un abri pour dormir (Agence de la Santé Publique du Canada, 2008).

Malgré la gravité des diverses pathologies présentes au sein de cette population, plusieurs sources de littérature (Darbshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Ensign & Panke, 2001 ; Nyamathi et al., 2007 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Collins & Barker, 2009 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Hudson et al., 2010) soulèvent des résistances et des barrières de la part des jeunes de la rue à demander de l'aide et à accéder aux soins. Les barrières aux soins exprimées le plus fréquemment par les jeunes de la rue sont la stigmatisation, le manque d'information, le manque de contrôle personnel (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), l'irrespect des soignants (Ensign & Panke, 2001), le manque d'empathie (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008), l'impression que de demander de l'aide c'est être faible (Collins & Barker, 2009), le manque d'assurance maladie, le manque de source de paiement, le manque de tolérance face aux longues heures d'attentes et aux procédures administratives (Ensign & Gittelsohn, 1998 ; Klein et al., 2000, cité par Ensign,

2004) et le manque de confidentialité (Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004).

De plus, demander de l'aide lorsque l'on est malade est perçu comme un signe de faiblesse au sein de la culture de la rue, ce qui n'encourage pas le jeune à chercher de l'aide pour se soigner ; « [...] pour survivre dans le milieu hostile de la rue, les enfants se forgent instinctivement des repères sécuritaires et identitaires (un groupe, un territoire) qui fonctionnent comme une véritable armure de protection. Avouer ses angoisses et ses difficultés équivaut à briser cette armure, à vulnérabiliser davantage l'enfant de la rue » (Samusocial Sénégal, 2007).

3. Problématique

3.1. Question de recherche

En regard de ce qui précède et dans la mesure où les jeunes évitent les soins de santé et n'y accèdent pas spontanément, il est intéressant de se questionner sur les attentes des jeunes de la rue à l'égard des infirmières. Aussi, la question de recherche peut se formuler ainsi :

« Quelles sont les attitudes infirmières³ nécessaires et identifiées par les jeunes de la rue pour faciliter l'accès aux soins de santé, qu'ils soient de promotion de la santé, de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ? »

3.2. Objectifs et buts poursuivis

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les attitudes infirmières facilitant l'accès aux soins des jeunes en situation de rue. Elle permettra aussi d'éclairer le lecteur sur le phénomène des jeunes de la rue et sur le rôle de l'infirmière auprès de cette population.

³ Ce terme sera utilisé durant tout le travail au féminin, pour des raisons pratiques

4. Concepts et cadre de référence

Selon Loisele (2007, p. 161) « Le cadre est la base conceptuelle d'une étude ». Il permet de donner une orientation au travail et permet de fixer des limites pour l'analyse des recherches. Les définitions des concepts permettent au lecteur de mieux cerner la problématique et servent de support à l'analyse des recherches et à la discussion du travail. De ce fait, l'auteure a choisi de présenter plusieurs concepts qui permettront d'analyser les résultats de la recherche avec plus de précisions.

4.1. L'accès aux soins

En France, d'après le Préambule de la Constitution de 1946 (La documentation Française, 2002), « le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ». Tous les acteurs de la santé doivent utiliser les moyens à leurs dispositions pour le bénéfice de la personne.

D'après Picheral (2001), l'accès aux soins « est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale ». Au niveau matériel, le temps, l'éloignement des centres de santé, les transports influencent la population à l'accès aux soins. Au niveau social, l'accessibilité aux soins est influencée par les possibilités financières de la population. En effet, dans certains pays, sans assurance maladie, il est difficile de recevoir des soins ou encore de payer les médicaments. Le vécu passé des individus à l'égard du système de santé influence aussi l'accès aux soins, car si une personne a une mauvaise expérience avec le système, il lui se peut qu'il soit ultérieurement plus difficile d'y accéder.

D'après le modèle d'Andersen & Aday (1973, cité par Bonnet, 2002), certains facteurs influencent l'accès aux soins ; l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'ethnie, la mobilité, les valeurs, les croyances, les connaissances des maladies et de leurs impact, les revenus, les assurances, la facilité d'accès aux sources de soins, la disponibilité des ressources sanitaires dans le contexte de vie et le prix des soins, les symptômes, le diagnostic fait par l'individu ou l'état général de l'individu.

L'accès aux soins peut donc être défini par des choix, des contraintes, l'environnement social, géographique, économique ou médical. L'OMS (2007) ne définit pas exactement l'accès aux soins, mais traite plusieurs thématiques liées avec les notions de « droit à la santé » et de « couverture médicale » qui représente le pourcentage de personnes bénéficiant d'une intervention spécifique parmi celles qui en ont besoin. Le droit à la santé est composé de quatre éléments :

- la disponibilité qui se définit par l'existence d'un nombre suffisant d'installations, de structures en matière de santé publique et de soins de santé
- l'accessibilité qui signifie que les structures de soins doivent être accessibles à toutes personnes
- l'acceptabilité qui relève que les services de soins doivent être respectueux de l'éthique médicale, appropriés à la culture et adaptés aux genre et aux stades de vie
- la qualité qui signifie que les structures en matière de santé doivent être médicalement et scientifiquement adaptées et de bonne qualité

L'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE, 2004) relève dans un rapport sur la santé plusieurs enjeux par rapport à l'accès aux soins des populations mondiales. Le premier enjeu est la promotion de l'accès aux soins. Cela peut évoluer par la définition de politiques de prévention, par la compréhension des croyances et représentations de la maladie des populations pour adapter le discours des soignants, par la compréhension et le parler de la langue locale ou encore par l'amélioration de la qualité des soins. Le deuxième enjeu est l'amélioration et la préservation de l'accès aux soins. Cet aspect là peut aussi être modifié et amélioré par l'instauration d'un système de santé publique axé sur les plus pauvres, par le développement de structures sanitaires de proximité pour les populations plus isolées et pour les régions urbaines surpeuplées, par l'amélioration de la qualité de l'environnement (pollution, assainissement de l'eau, logements salubres) ou encore par l'établissement de systèmes de prépaiements et non de paiements directs.

L'OCDE (2004) souligne que « faire en sorte que les pauvres aient accès à des services de santé de qualité à un prix abordable ne suffit pas, en soi, à améliorer leur état de santé car celui-ci dépend essentiellement de facteurs extérieurs au secteur de la santé. Il est donc primordial, pour commencer, de mettre en œuvre des politiques efficaces de croissance. Si leurs revenus ne progressent pas, les pauvres ne seront pas en mesure de payer les soins dispensés par les services de santé ».

Comment les infirmières peuvent-elle œuvrer pour un meilleur accès aux soins ? Lecointre (2010, cité par Fabregas, 2010) évoque que « l'apparition de nouveaux rôles infirmiers est une stratégie importante pour améliorer l'accès aux structures de soins. L'émergence d'infirmières spécialisées, le renforcement des rôles des infirmières cliniciennes, le développement de la consultation infirmière et de la consultation en éducation thérapeutique et en éducation pour la santé est importante », en particulier auprès des populations vulnérables, dont font parti les jeunes de la rue.

4.2. La vulnérabilité

« La vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle. La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses patentes ou latentes immédiates ou différées et peut être comprise comme une capacité (ou une incapacité) de résistance aux contraintes de l'environnement » (Anaut, 2003, p.13). En sciences humaines, elle désigne des individus ou des groupes considérés comme vulnérables du fait de leur prédisposition, qui peuvent être génétiques, psychosociales ou biologiques, à la maladie, à une issue négative ou encore à un dommage. Chez l'enfant, la vulnérabilité peut être révélée face à des facteurs de risques, tels que des événements stressants, une situation personnelle ou environnementale qui augmentent la probabilité pour l'enfant de développer des troubles psychologiques ou comportementaux. Ces troubles peuvent perturber l'adaptation de l'enfant à son milieu (Anaut, 2003).

Pour exprimer la compréhension et la définition de la vulnérabilité, Anthony (1980) (cité dans Anaut, 2003, p.13), propose la métaphore des trois poupées : « l'une de verre, l'autre de plastique et la dernière d'acier. Elles reçoivent toutes un coup de marteau d'égale intensité. Elles sont donc toutes les trois exposées

au même risque, pourtant le résultat en terme de vulnérabilité sera bien différent : la poupée de verre se brise, la poupée de plastique sera porteuse d'une cicatrice indélébile et la poupée d'acier résistera ». Ce même auteur a effectué de nombreuses recherches sur « les enfants à risques » et a observé, que les enfants n'étaient pas égaux face aux risques et présentaient une vulnérabilité variable (Anaut, 2003).

Les soins aux personnes vulnérables font entièrement partie de la pratique infirmière. En effet, le personnel infirmier qui exerce dans le domaine de la santé communautaire est très souvent en contact avec des personnes ou des groupes vulnérables et fortement marginalisés au sein de la communauté ; les jeunes de la rue en font partie. Les besoins de ces individus en matière de soins sont souvent complexes, car ces personnes sont affectées de multiples problèmes de santé, résultants très souvent de déficits socioéconomique (Maurer, 2005, cité par Carroll, 2006). Il est donc important que les infirmières aient des connaissances nombreuses sur les aspects socioéconomiques et politiques des soins de santé. Des connaissances des programmes et structures de soins sont aussi souhaitables, afin de pouvoir orienter au mieux la population dans le système de santé. De plus, l'infirmière doit faire preuve de sensibilité à l'égard des personnes vulnérables et de leurs différences, et être aptes à reconnaître les facteurs pouvant amener à une situation de précarité. L'infirmière doit aussi avoir une attitude particulière envers l'individu vulnérable en reconnaissant en lui un potentiel d'agir positivement sur sa santé (Carroll, 2006).

4.3. Les attitudes infirmières

Selon Phaneuf (2010), une attitude est une tendance de la personne à poser un jugement ou à faire une action. Il s'agit d'une manière de se comporter ou encore une prédisposition à porter un jugement, à manifester un certain comportement dans une situation. L'attitude est difficile à objectiver, car elle est interne. Son intensité et sa durée sont plus ou moins variables. Elle est aussi influencée par la culture de la personne et par sa profession. Raynal et Rieunier (1997) définissent, quant à eux, une attitude comme « un état interne à l'individu, résultant de la combinaison de perceptions, de représentations, d'émotions, d'expériences et d'analyse des résultats. Cet état interne plus ou

moins probable détermine un comportement dans une situation donnée ». D'après Blin (1997, cité par Phaneuf, 2010) les attitudes professionnelles sont définies comme faisant « parties d'un système de représentation de qualités et d'agir qui devrait caractériser une personne ayant une appartenance à une profession reconnue, en l'occurrence ici, celle d'infirmière ». Les compétences de l'infirmière sont manifestées par des attitudes et comportements particuliers envers l'individu, comme par exemple l'empathie ou la confiance.

Une attitude, comme mentionné ci-dessus, peut être verbal ou corporelle. La posture corporelle permet de donner des renseignements sur le sujet ; il peut s'agir d'une posture autoritaire qui donne une impression de pouvoir ou au contraire une posture perçue comme signe de soumission. Les attitudes et les différents mouvements du corps peuvent aussi manifester les émotions, les réactions ou les intentions de l'individu. Lorsque une infirmière est en présence d'un client, ses attitudes corporelles ont une grande importance, car elles ont un impact sur la personne soignée. En effet, par exemple, si l'infirmière est plutôt centrée sur la tâche à accomplir que sur la personne, elle sera préoccupée par le traitement et non sur le vécu de l'individu de la maladie. Ainsi, elle sera plus vite tentée de donner des directives, des conseils à la place d'encourager les initiatives de l'individu ou de lui laisser émerger ses idées et ses solutions. Certaines attitudes peuvent aussi déstabiliser le client, il est alors important que l'infirmière soit attentive aux réactions, aux expressions et aux mouvements de retrait de l'individu, afin d'adapter sa position en conséquence (Phaneuf, 2011).

Plusieurs attitudes infirmières à privilégier ont été mises en évidence par Phaneuf (2011) ; il s'agit d'adopter une attitude ouverte et centrée sur le patient, respecter sa liberté de choix et son autonomie, favoriser son estime de soi, manifester une acceptation inconditionnelle de son ambivalence, de son déni et de ses résistances, percevoir le client comme partenaire de soins et non comme adversaire, éviter tout jugement, faire preuve d'empathie, renforcer positivement les compétences de la personne et aider l'aider à trouver des moyens de changement ou des solutions à ses problèmes. Les attitudes peuvent influencer la création du lien thérapeutique entre l'infirmière et la personne soignée.

4.4. La relation thérapeutique

Selon Travelbee (1971, cité par Townsend, 2004), la relation ne devient possible que lorsque chaque personne engagée dans l'interaction perçoit l'autre comme un être humain. Travelbee (ibid.) parle d'une relation de personne à personne, non d'infirmière à client. Plusieurs théoriciens ont mis en évidence des caractéristiques qui favorisent la réussite d'une relation thérapeutique (Carkuff, 1968 ; Peplau, 1969 ; Rogers et al., 1967 ; Travelbee, 1971, cités par Townsend, 2004) ; la confiance, le respect, l'authenticité et l'empathie.

La première tâche à accomplir pour créer une relation thérapeutique est de faire connaissance et créer une alliance. L'alliance suppose qu'il y a, dans la relation, l'apparition, entre les deux personnes, de sentiments basés sur l'acceptation de l'autre, la chaleur, la gentillesse, la confiance et l'absence de jugements moraux (Townsend, 2004). La confiance est un autre élément qui favorise la création d'un lien thérapeutique. Selon Erikson, l'apprentissage de la confiance est la première tâche du développement ; si elle n'est donc pas menée à bien, elle peut se révéler problématique. Pour pouvoir faire confiance, il faut pouvoir compter sur la présence, la fiabilité, la véracité, l'intégrité et le désir sincère de venir en aide au besoin de l'autre (Townsend, 2004). La confiance n'est pas un élément acquis, au contraire elle se gagne. L'infirmière doit montrer au bénéficiaire des soins qu'elle est digne au travers de ces attitudes et ces interventions. La confiance est aussi la base de la relation thérapeutique. « Sans la confiance, la relation thérapeutique n'ira pas au-delà d'une technique de soins et ne pourra satisfaire que des besoins superficiels » (Sundenne et al., 1985, cité par Townsend, 2004, p. 92).

La notion de respect est aussi une composante importante de la relation thérapeutique. Selon Rogers (1951, cité par Townsend, 2004, p. 92), « le respect se manifeste par la considération positive inconditionnelle, c'est-à-dire par la reconnaissance de la dignité et de la valeur intrinsèque de l'être humain, si marginal que puisse être son comportement ». La considération positive inconditionnelle induit une attitude qui ne juge pas. L'infirmière peut ne pas approuver des comportements, mais elle accepte et respecte l'individu, car elle reconnaît en lui sa valeur en tant qu'être humain et unique. Plusieurs

personnes ayant des problèmes psychiques ont peu de respect à leur égard, car ils ont été rejetés par autrui suite à leurs comportements. Le fait de montrer du respect à la personne peut accroître leur estime personnelle et leur respect à leur propre égard (Townsend, 2004).

L'authenticité qui est la capacité de se montrer ouvert, honnête et vrai dans ces interactions avec les autres est une autre composante de la relation thérapeutique. L'authenticité existe lorsqu'il y a une concordance entre les sentiments et les expressions. Lorsque l'authenticité n'est pas présente dans la relation, il n'y a pas de base réelle pour établir la confiance. (Townsend, 2004). D'après Raskin et Rogers (1995, cité par Townsend, 2004, p. 93), l'authenticité et la confiance sont deux éléments essentiels pour que la relation puisse donner lieu à un changement et à une croissance. L'empathie, autre composante de la relation thérapeutique, est définie comme la compréhension étroite et profonde d'autrui par Raynal & Rieunier (1997, p. 119). Au travers de l'empathie, l'infirmière suscite des émotions positives chez le bénéficiaire des soins, car il perçoit que quelqu'un le comprend.

Les relations thérapeutiques ont un but, idéalement décidé en commun entre le soignant et le bénéficiaire des soins et favorisent la croissance et l'apprentissage mutuels (Townsend, 2004). Toute infirmière, qu'elle travaille parmi les jeunes de la rue ou au sein d'un autre contexte, doit développer un lien thérapeutique avec chacun des bénéficiaires des soins.

4.5. L'infirmière de rue

Le travail des infirmières de rue consiste à décentraliser les soins et à aller à la rencontre des personnes sans-abri. Elles agissent directement là où les personnes sont, dans leur environnement et gratuitement (Infirmiers de rue, s.d). L'infirmière de rue a pour mission de rétablir les liens entre les personnes en situation de grande précarité, leur environnement et la société. Elle a un rôle d'intermédiaire de santé. Ses objectifs sont de faire prendre conscience aux personnes vivant dans la rue ou en grande précarité, de l'importance de leur santé et de leur hygiène ainsi que de les encourager à accéder aux soins. Elle a aussi pour rôle de restaurer l'échange entre cette population et les services de santé et ainsi d'améliorer l'environnement des individus afin de favoriser une meilleure prise en charge de leur propre santé. Elle établit un contact avec la

population vivant dans la rue, et cela à pied et veille à conserver le lien avec les individus rencontrés. Elle crée un climat de confiance en maintenant une relation d'égal à égal et en laissant toutefois l'individu maître du soin ; il peut choisir de se soigner ou non. Elle questionne aussi la personne sur la santé, pour ainsi prévenir des maladies et lui transmettre des informations sur les différentes structures de santé et d'hygiène ou encore les points d'eau potable. Elle joue un rôle important dans la prévention et l'enseignement. Elle s'adapte aux conditions de précarité dans lesquelles la personne vit (Infirmiers de rue, s.d) et prodigue divers soins de santé en veillant à travailler le plus stérilement ou proprement possible, malgré l'environnement.

4.6. Les soins de santé

Les soins de santé sont organisés en trois niveaux. Le premier niveau est composé des soins de santé primaire (SSP). C'est lors de la trentième assemblée de l'OMS en 1977 que le mouvement des SSP a commencé. Durant cette assemblée, une résolution nommée *La Santé Pour Tous* a été décidée; elle révèle que « le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines années devrait être de faire accéder, d'ici l'an 2000, tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive » (OMS, 1978, cité par Carroll, 2006). Puis l'assemblée internationale sur les soins de santé primaire qui s'est tenue à Alma-Ata, dans l'ex-URSS, en 1978, a déclaré que ce but pourrait être atteint par les SSP. D'après la déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978, cité par Carroll, 2006) « on entend par les soins de santé primaires les soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus, à toutes les familles de la communauté, par des moyens qui sont accessibles et à un prix abordable ». Les soins de santé primaires sont composées de cinq types de soins : la promotion de la santé, la prévention, la guérison, la réadaptation et le soutien. Les prestations proposées visent avant tout à prévenir une maladie et de promouvoir la santé. La pratique professionnelle de l'infirmière a pour but de viser l'amélioration de la santé des clients. Pour atteindre cet objectif, les infirmières doivent appliquer les cinq principes de SSP ; l'accessibilité, la participation publique, la promotion de la santé, une technologie appropriée et une coopération intersectorielle.

Le principe d'accessibilité signifie que les SSP doivent être disponibles pour tout individu, peu importe l'endroit géographique où il se trouve. Les individus doivent également recevoir des soins appropriés par des professionnels de la santé dans un délai adapté. Le second principe de participation publique signifie que les individus sont encouragés à participer à la prise de décisions concernant leur propre santé, à définir leurs besoins liés à la santé et à trouver des moyens y répondant. Ce principe assure que les prestations soient flexibles et adaptées aux besoins. Le principe de la promotion de la santé est axé sur l'éducation à la santé, l'hygiène, la nutrition, l'immunisation, les soins anténataux et le contrôle des maladies endémiques. Les individus peuvent ainsi acquérir des connaissances nécessaires pour améliorer et maintenir leur état de santé. Le quatrième principe, celui de la technologie appropriée relève que les modes de soins sont adaptés et améliorés par le développement de compétences dans la conception et dans les prestations de soins de santé. Le principe de la collaboration intersectorielle s'impose pour que des buts nationaux et locaux dans le domaine de la santé soient établis, pour qu'il y ait une politique publique saine, une planification et une évaluation des services de santé. Ce principe permet aussi d'assurer que les divers prestataires collaborent afin de répondre aux besoins des individus et de leurs encourage dans le domaine de la santé. Les infirmières doivent aussi participer à des activités de recherche, de planification, de mise en œuvre, et d'évaluation de stratégies de promotion de la santé afin d'améliorer la santé des individus. Elles cherchent à sensibiliser la population à leur santé et mettent en pratique leur rôle de promoteur de la santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000).

Le deuxième niveau des soins de santé secondaires comprend les prestations spécialisées en milieu ambulatoire ou hospitalier. L'accès à ces soins doit souvent être subordonné à l'accord des praticiens du secteur des soins de santé primaire. Le troisième niveau est composé des soins de santé tertiaires qui sont des soins particulièrement complexes et généralement coûteux. Ce niveau regroupe les diagnostics et traitements qui sont trop délicats pour le niveau des soins de santé secondaire. Les praticiens du

secondaire désignent eux-mêmes les patients ayant besoin des soins de santé tertiaires (Benz & Mattern, 2004).

Des structures de santé et des structures sociales ont aussi été développées au niveau mondial, pour aider les jeunes de la rue à traiter leurs troubles psychiques par exemple. Ces services de soins mobiles sont souvent composé d'infirmières en santé mentale et communautaire (Woord et al, 2001, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), intégrant des services multiples (Randolph et al, 2002, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) et l'intégration de personnel ayant de l'expérience avec cette population et ce genre de problèmes (Buck et al, 2004, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).

Les équipes de santé de rue, composées d'infirmières, de médecins, de travailleurs sociaux et autres professionnels, qui sont actives dans plusieurs villes du Canada, sont un exemple de soins de santé primaire. En effet, la population atteinte par ces équipes de santé de rue est composée de personnes sans-abris, souvent marginalisés qui ont divers problèmes de santé et ne n'accèdent pas facilement au système de santé. Les équipes de rue apportent donc leurs compétences et expertises dans la rue et offrent la possibilité à cette population d'accéder à divers soins, par le biais de programmes de santé, de promotion de la santé ou de prévention, ou en les orientant dans des structures existantes (Calnan & Lemire Rodger, 2002).

4.7. La promotion de la santé

D'après la charte d'Ottawa (1986, cité par OMS, 1999), « la promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé». Cette même charte a aussi définit trois stratégies pour la promotion de la

santé (OMS, 1999): la première stratégie est de sensibiliser la population à la santé et créer des milieux favorables à celle-ci. La deuxième est d'offrir à chacun les moyens de réaliser entièrement leur potentiel de santé et la troisième est de servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société dans un but d'amélioration de la santé.

D'après O'Neill et Pederson (1994, cité par Carroll, 2006), la promotion de la santé est née par la fusion du concept de l'éducation de la santé avec celui de l'intervention sur les politiques publiques. Green & Kreuter (1991, cité par Carroll, 2006) relèvent que l'éducation à la santé a pour but principal d'aider les individus à modifier leurs habitudes de vie, alors que les interventions sur les politiques publiques ont pour but d'améliorer les conditions de vie (Milio, 2001, cité par Carroll, 2006). Ainsi, selon O'Neill (1997, cité par Carroll, 2006), l'expression « promotion de la santé » est une philosophie ainsi qu'un ensemble de pratiques visant le changement planifié de comportements liés à la santé et incluant des stratégies d'intervention telles que le marketing social, l'éducation pour la santé, l'action politique et l'organisation communautaire ». Les acteurs principaux de la promotion de la santé sont les médecins et l'ensemble des professionnels de la santé. L'infirmière de rue a donc aussi un rôle à jouer dans la promotion de la santé. Les besoins auprès des jeunes de la rue sont divers et variés étant donné que ces jeunes vivent dans un environnement à risque pour leur santé. Ils sont par exemple à risque d'être atteints de maladies sexuellement transmissibles ou encore d'infections (VIH, l'hépatite B ou C).

Rew, Chambers & Kulkarni (2002) ont effectué une étude identifiant les perceptions d'adolescentes, âgées de seize à vingt ans et vivant dans la rue, au sujet de la santé sexuelle et leurs idées quant à une intervention de promotion de la santé à ce sujet. Les participantes de la recherche ont relevé que des brochures et des posters sur une thématique de santé sont des moyens intéressants pour sensibiliser les jeunes de la rue à la santé. Les méthodes comme les focus group sont aussi appréciées. L'infirmière de rue a donc diverses manières pour sensibiliser les jeunes de la rue à des thématiques de santé variées. Il est toutefois important, d'après les jeunes, que

la confidentialité soit conservée et que les soignants montrent du respect envers eux.

4.8. La prévention

L'OMS définit la prévention de la maladie comme : « des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (OMS, 1999, p.4).

Il existe trois différents types de prévention (OMS, 1999) :

1. La prévention primaire : vise à empêcher l'apparition d'une maladie (OMS, 1999). Le contrôle des denrées alimentaires, l'hygiène des lieux de vie, l'évacuation des eaux usées, l'urbanisme, les campagnes de prévention du tabac ou encore d'utilisation de moyens de contraception, les vaccinations sont divers éléments de mesures de prévention primaire (Tessier, Andreys & Ribiero, 1996).
2. La prévention secondaire : vise à stopper ou retarder l'évolution d'une maladie et de ses effets secondaires par des tests de dépistage ainsi que des traitements appropriés (OMS, 1999).
3. La prévention tertiaire vise à favoriser le retour à un niveau de fonctionnement normal chez la personne ayant développé un problème de santé (OMS, 1999). La rééducation, les procédures de réinsertion sociale et la réhabilitation des patients sont des éléments composant la prévention tertiaire (Tessier, Andreys & Ribiero, 1996).

L'infirmière a tout comme avec la promotion de la santé un rôle à jouer dans la prévention. En effet, l'infirmière de rue, par exemple, peut effectuer des dépistages de maladies sexuellement transmissibles et autres infections. Elle aide les jeunes à se réinsérer dans la société et les accompagnant à trouver un travail, un logement et à sortir de leur situation de rue. De même, elle effectue des campagnes de prévention des abus de substances ou d'autres thématiques de santé présentes auprès des jeunes de la rue. La prévention des comportements à risque est aussi un élément clé de sa pratique.

4.9. Les comportements à risques

L'OMS (1999) définit le comportement à risque comme « comportement dont il a été constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une maladie déterminée ou de certains problèmes de santé ». Une modification des comportements considérés comme à risque présente un objectif important de la prévention de la maladie. D'un point de vue de promotion de la santé, les comportements à risque sont une réaction aux mauvaises conditions de vie ou encore un mécanisme mis en place par l'individu pour faire face à ces dernières. Créer un environnement plus favorable à la santé et transmettre aux jeunes des outils utiles dans leur vie sont différentes stratégies qui leur permettent de contrer ces réactions et diminuer les comportements à risques (OMS, 1999).

4.10. Le processus de demande d'aide (help-seeking)

Selon le modèle de Gross & McMullen (1983, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995), le processus qui conduit à une demande d'aide est composé de trois étapes ; la première étape est la perception de la situation comme un problème pouvant profiter d'une aide extérieure, la seconde est la décision d'accepter le problème, de le régler seul ou de solliciter de l'aide et la troisième est la mise en place de stratégies permettant d'obtenir l'aide espérée (Turcotte, Damant & Lindsay, 1995). En ce qui concerne la première étape, les caractéristiques comme le genre, la classe sociale et la race interviennent dans la reconnaissance d'une situation problématique. D'après Kessler, Brown & Broman (1981, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995), l'influence du genre sur la reconnaissance d'un problème peut expliquer que les femmes recourent plus aisément aux services de soins, car elles perçoivent plus facilement un symptôme comme un problème qui nécessite de l'aide. Les expériences antérieures, les normes du milieu de vie, le jugement des autres et la comparaison sociale sont des éléments influençant également l'évaluation que l'individu se fait de sa réalité. Selon Bilodeau (1994, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995), certains environnements, influencés par les attitudes des personnes, tendent à nier ou voire à maintenir le problème.

La seconde étape du processus de demande d'aide est la reconnaissance du problème. Une fois le problème reconnu, l'individu a plusieurs manières de

s'adapter à la situation ; il peut essayer de s'en sortir seul ou d'attribuer la responsabilité à quelqu'un d'autre et se dégager de toute responsabilité si la situation est perçue comme insoluble (Turcotte, Damant & Lindsay, 1995). La décision de solliciter de l'aide peut être influencée par des caractéristiques personnelles comme l'estime de soi (Nadler, 1983, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995). Un individu ayant une faible estime de soi va davantage hésiter à consulter car il a besoin de se protéger ; demander de l'aide est une menace à l'estime de soi. Les individus ayant une haute estime d'eux-mêmes peuvent aussi être réfractaires aux soins, car la démarche de demander de l'aide remet en question leur propre image de compétence (Nadler, 1983, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995). Williams & Williams (1983, cités par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995) relatent que les personnes ayant un statut socio-économique plus faible, font moins facilement appel à de l'aide.

La troisième étape du processus de demande d'aide est la mise en place de stratégies permettant d'obtenir l'aide espérée. A cet égard, des études démontrent que la demande d'aide auprès des professionnels a souvent lieu après des demandes d'aide auprès de l'entourage (amis, pairs ou membres de la famille) qui représente le réseau de soutien social de l'individu (Crespo-Medina, 1988 ; Gourash, 1978 ; Bennet-Veroff, 1981, cité dans Willis, 1992, cité par Turcotte, Damant & Lindsay, 1995).

En s'appuyant sur ce qui précède et en regard de la thématique étudiée, il est nécessaire de souligner l'importance de comprendre ces différents concepts afin de mieux cerner la complexité de la thématique. Ces concepts permettent aussi de s'interroger sur le rôle professionnel de l'infirmière auprès de cette population dans un contexte de rue.

5. Méthodologie de la revue de littérature étoffée

5.1. Argumentation de l'adéquation du devis

Composer une revue de littérature apporte un regard particulier sur un sujet choisi. En effet, elle amène plusieurs réflexions et points de vue qui sont utiles à l'analyse de la question de recherche.

La revue de littérature établit un bilan des connaissances déjà existantes sur un sujet intéressant pour la pratique infirmière. Il s'agit aussi d'une méthode adaptée aux novices de la recherche, car elle permet au chercheur de profiter des recherches déjà publiées dans les bases documentaires. La revue de littérature permet aussi au chercheur inexpérimenté de se sensibiliser à la recherche. Elle ouvre de nouveaux horizons et invite à la discussion et à la mise en avant de nouvelles problématiques dans le domaine des soins infirmiers (Loiselle, 2007).

5.2. Etapes de la réalisation de la revue étoffée de littérature

D'après Loiselle (2007), les différentes étapes de la réalisation d'une revue étoffée de littérature sont les suivantes : premièrement il s'agit d'écrire le problème. Deuxièmement, il faut consulter des manuels, des ouvrages et des articles de spécialistes afin d'acquérir plus de connaissances sur le sujet choisi. Puis, il faut identifier et déterminer des mots-clés et concepts. En rapport avec la thématique choisie, il s'agit des cadres de références mentionnés ci-dessus et des termes utilisés sur les banques de données et définis ultérieurement. A l'aide des divers mots-clés et termes choisis, l'auteure a pu effectuer des recherches sur les différentes banques de données et ainsi extraire diverses références. Par la suite, en lisant les résumés et en relevant les mots-clés l'auteure a fait ressortir les documents les plus pertinents pour sa revue de littérature étoffée. Lorsque les documents ont été obtenus, la phase de lecture a débuté. Elle a permis à l'auteure d'éliminer encore certains documents se révélant moins pertinents. Les documents choisis ont permis par leurs divers mots-clés de faire ressortir de nouveaux termes et ainsi l'auteure a pu effectuer d'autres recherches sur les banques de données. Par la suite, les documents ont été classés et analysés. L'analyse des articles a été effectuée à l'aide de grilles d'analyses (voir annexes) et a servi à répondre à la question de

recherche. L'étape finale a été la rédaction de la revue ; les divers résultats ont été présentés et discutés, les limites du travail de recherche ont été évoquées. Pour finir, l'auteure a rédigé une conclusion proposant une ébauche de réponse à la question de recherche et relevant les implications professionnelles qui en découlent.

5.3. Les concepts/ termes/ mots-clés

Lors des premières tentatives de recherches sur les banques de données, l'auteure a utilisés plusieurs termes qui lui ont permis de mieux cibler ceux qui lui ont permis d'obtenir les dix recherches sélectionnées ;

- *[Self Concept]* - Perception de soi
- *[Health Behavior]* - Comportement lié à la santé
- *[Urban Health]* - Santé urbaine
- *[Young adult]* - jeune adulte
- *[Communication barriers]* - Barrières de communication
- *[Help seeking]* - Demande d'aide
- *[Trust / psychology]* - Confiance /psychologie
- *[Nurse Practitioner]* - Infirmière en pratique avancée
- *[Nurse's role]* - Rôle de l'infirmière
- *[Community Health Nursing]* - Soins infirmiers en santé communautaire

Après les premières tentatives de recherches, l'auteure a sélectionné les mots/ les termes MESH suivants afin d'obtenir les études spécifiques à son sujet:

- *[Homeless youth]* - Jeunes de la rue
- *[Attitude to Health]* - Attitude à l'égard de la santé
- *[Accesibility to Health Services]* - Accès aux services de santé
- *[Needs Assessment]* - Evaluation des besoins
- *[Patient Acceptance of Health care]* - Acceptation du patient des soins de santé

5.4. Les critères d'inclusion

Pour cibler la recherche et être le plus pertinent possible, l'auteure a sélectionné les critères d'inclusion suivants :

- Langue : le français, l'anglais et l'allemand pour des raisons de compréhension par l'auteure
- Population cible : jeunes en situation de rue âgés de 15 à 24 ans.
- Recherches traitant des barrières et facilitateurs à l'accès aux soins perçus par les jeunes de la rue
- Types de journaux : de soins infirmiers, de psychologie ou de la santé
- Date : recherches datant de 2000 à 2012

5.5. Les critères d'exclusion

Afin d'obtenir une réponse la plus adéquate possible à la question de recherche, l'auteure a choisi les critères d'exclusion suivant :

- Les autres langues que le français, l'anglais et l'allemand n'ont pas été sélectionnées pour des raisons de compréhension par l'auteure
- Date : recherches datant de plus de 12 ans (<1999)
- Les articles ne traitant pas des points de vue des jeunes de la rue

5.6. Résultat des stratégies de recherches

Les recherches suivantes ont été effectuées dans la banque de données de PUBMED et CINAHL. A chaque reprise, des termes (nommés termes Mesh) ont été insérés afin de définir les thèmes à rechercher, puis ils ont été reportés dans PUBMED.

5.6.1. Stratégie 1

Termes (Mesh) / Mots-clés insérés sur PUBMED : Homeless youth AND Patient Acceptance of Health Care

Limites introduites : publications des dix dernières années

Nombre de réponses trouvées : 19 Résultats

Nombre d'articles sélectionnés : 5 articles

- Hudson, A. et al. (2010) Health-Seeking Challenges Among Homeless Youth

- Collins, P. & Barker, C. (2009) Psychological Help-seeking in Homeless Adolescents
- Ensing, J. & Panke, A. (2001) Barriers and Bridges to care : voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA
- Darbyshire, P., Muir-Cochrane, E., Fereday, J., Jureidini, J. & Drummond, A. (2006) Engagement with health and social care services : perceptions of homeless young people with mental health problems
- Ensing, J. (2005) Quality of health care : the views of homeless youth

5.6.2. Stratégie 2

Termes (Mesh) / Mots-clés insérés sur PUBMED : Homeless youth AND Attitude to health AND Needs Assessment

Limites introduites : publications des dix dernières années

Nombre de réponses trouvées : 10 Résultats

Nombre d'articles sélectionnés : 1 article (parmi les 10, 2 avaient déjà été sélectionnés)

- Hudson, A., Nyamathi, A. & Sweat, J. (2008) Homeless youths' interpersonal perspectives of health care providers

5.6.3. Stratégie 3

En mettant « related citations » à l'article Hudson, Nyamathi & Sweat (2008), *Homeless youths' interpersonal perspectives of health care providers*, un résultat de 812 articles a été obtenu dont le suivant a été retenu :

- Nyamathi, A., Hudson, A., Mutere, M., Christiani, A., Sweat, J., Nyamathi, K. & Broms, T. (2007) Drug Use and Barriers to and facilitators of drug treatment for homeless youth

5.6.4. Stratégie 4

En mettant « related citations » à l'article Nyamathi et al. (2007). *Drug Use and Barriers to and facilitators of drug treatment for homeless youth*, un résultat de 285 articles a été obtenu dont le suivant a été retenu :

- Christiani, A., Hudson, A., Nyamathi, A., Mutere, M. & Sweat, J. (2008) Attitudes of Homeless and Drug-Using Youth Regarding Barriers and Facilitators in Delivery of Quality and Culturally Sensitive Health Care

5.6.5. Stratégie 5

Termes (Mesh) / Mots-clés insérés sur CINAHL: Homeless youth AND Health services

Limites introduites : publications des dix dernières années

Nombre de réponses trouvées : 54

Nombre d'articles sélectionnés : 0 article (parmi les 54 articles, 3 avaient déjà été sélectionnés)

5.6.6. Stratégie 6

Une autre stratégie a été de s'inspirer des bibliographies des articles sélectionnés. Puis, avant d'obtenir l'étude, l'auteure a lu un résumé de la recherche trouvée via la banque de donnée Google Scholar avant de la sélectionner.

Cette stratégie a été utilisée pour la recherche suivante, trouvée via la bibliographie de l'étude de Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond. (2006). *Engagement with health and social care services : perceptions of homeless young people with mental health problems* :

- Thompson, S., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L. & Flynn, P. (2005) Insights from the street : Perceptions of services and providers by homeless young adults

5.6.7. Stratégie 7

En s'inspirant de la bibliographie de l'étude de Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn. (2005) *Insights from the street : Perceptions of services and providers by homeless young adults*, une recherche a été sélectionnée :

- Kurtz, D., Lindsey, E., Jarvis, S. & Nackerud, L. (2000) How runaway and homeless youth navigate troubled waters : the role of formal and informal helpers

6. Résultats

Dans cette revue de littérature étoffée, les 10 recherches analysées étaient qualitatives, utilisant majoritairement la méthode des interviews et/ou des entrevues de groupes (focus groups)⁴. L'échantillon de population est composé essentiellement de jeunes âgés de 15 à 25 ans. Les études ont majoritairement été menées aux Etats-Unis, seule une a été effectuée au Royaume-Uni et une en Australie.

Après avoir classé et analysé les recherches sélectionnées à l'aide des grilles d'analyse⁵, 24 résultats liés à la question de recherche ont été recensés.

Résultat 1 : Être respectueux (n⁶ = 6)

Dans 6 études (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006; Ensign & Panke, 2001 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 & Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008), le respect a été formulé comme aspect important dans la relation soignant - soigné. Il s'agit d'un élément clé favorisant la création d'un lien thérapeutique (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006). Il est important, pour les jeunes de la rue, que les professionnels les soignent avec respect et dignité et les considèrent « comme des adultes et non comme des enfants qui ont besoin qu'on leur dise quoi faire » (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005, p. 39). Les jeunes désirent que les soignants leur montrent du respect en reconnaissant leurs connaissances et savoirs au sujet de leur santé ; « (...) Je veux dire, je suis attentive à mon corps et aux problèmes de santé. Je vais dans une clinique et parle à quelqu'un qui me dit que je ne sais rien, alors que souvent je connais mieux les problèmes spécifiques de mon corps ; cela ne me donne pas envie de revenir » (Ensign & Panke, 2002, p. 170).

Certains jeunes ont aussi relaté que lorsqu'ils parlent de leurs symptômes, ou de leurs plaintes à un membre du personnel médical, ils ne sont pas toujours

⁴ Annexe 3

⁵ Annexe 4

⁶ n = nombre de recherches sur 10

pris au sérieux. Cela induit un sentiment de ne pas être soigné avec respect et créé une barrière supplémentaire à l'accès aux soins (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).

Le respect est souvent lié aux notions de confiance et non jugement, qui sont les éléments clé favorisant l'accès aux soins (Ensign & Panke, 2004 ; Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 & Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008).

Résultat 2 : Être digne de confiance (n = 5)

La confiance a été évoquée comme élément favorisant l'entrée en soins dans 5 études (Ensign & Panke, 2004 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 ; Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 & Kurtz, Lundsey, Jarvis & Nackerud, 2000). Un jeune mentionne que « la confiance est importante pour la plupart des personnes que je connais et qui ont traversé les mêmes situations que moi. Développer la confiance est important » (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 396). Etablir un environnement sécuritaire favorise la création d'un lien de confiance. Il permet ainsi de pouvoir se rencontrer et explorer en profondeur les problèmes des jeunes.

Résultat 3 : Ne pas imposer (n = 4)

Le fait de ne pas imposer des choix, des décisions ou encore des règles est une notion qui est apparue dans 4 études (Ensign, 2004 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Ensign & Panke, 2002 & Nyamathi et al., 2007) et qui semble faciliter l'accès aux soins. Les jeunes ont évoqués l'importance que les professionnels n'imposent pas leur choix et envies aux jeunes ; « (...) personne d'autre ne viendra me dire et me raconter en face que j'ai besoin de cesser – ma consommation – à cause de raisons stupides, que tu penses qui sont justes, car tu ne sais pas... donc si tu ne sais pas de quoi tu parles, alors ne me parle pas » (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008, p. 1285). Les jeunes de la rue attendent des soignants un comportement les mettant à un niveau égal et

prenant en compte les besoins et désirs des jeunes ; « Informe moi, parle moi comme à une personne normale à la place de me dire que faire » (Ensign, 2004, p.702). Ils attendent aussi que les soignants prennent en compte leurs opinions et réponses ; « Ils ont essayé de parler du vaccin contre l'hépatite B ou ci ou ça. Je ne sais pas combien de fois je dois leur dire que je viendrais lorsque je serai prête. C'est comme si tu dis non, et ils ne peuvent pas prendre ce non comme réponse. C'est comme s'il vont te dire, t'es sûr ? Ils vont continuer de te questionner, alors que je leur ai déjà donné ma réponse » (Ensign & Panke, 2002, p. 170).

Résultat 4 : Impliquer, responsabiliser (n=4)

Le fait d'impliquer, d'intégrer et de responsabiliser les jeunes de la rue dans les soins a été évoqué comme attitude favorisant l'accès aux soins dans 4 recherches (Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004 ; Nyamathi et al., 2007 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000). En effet, plusieurs jeunes ont soulevés l'importance que les soignants les considèrent comme partenaires dans la relation thérapeutique. Cela favorise ainsi l'engagement des jeunes dans les soins, car ils ont le sentiment d'être écoutés et pris en compte dans les décisions les concernant ; « ils vont t'écouter et discuter avec toi des différentes options concernant ta santé » (Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008, p. 159). Ainsi que, « lorsqu'ils nous demandent ce qu'on pense sur certaines choses, comme des feedbacks positifs et négatifs, et sont constamment en train de modifier minutieusement ce qu'ils vont faire pour nous aider. C'est bien et ça rend les services plus axés sur ce dont nous avons besoin » (Ensign, 2004, p.702).

Les jeunes de la rue apprécient et désirent être responsabilisés, comme le relève une jeune femme de la rue ; « (...) J'ai besoin de quelqu'un qui me dira : Okey, qu'est ce que tu veux faire ? Tu veux continuer de rester dans cette merde ? » (Nyamathi et al., 2007, p.5). Etablir des limites, les maintenir et responsabiliser les jeunes sont divers éléments favorisant l'adhésion aux soins et qui se révèlent être important pour les jeunes ; « (...) Soyez sévères. Soyez fermes et justes » (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 397).

Résultat 5: Maintenir la confidentialité (n=4)

Le maintien de la confidentialité est un élément ressorti dans 4 études (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006 ; Ensign & Panke, 2001 & Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008). La confidentialité est importante pour ces jeunes, car elle leur permet de se sentir libre d'exprimer ce qu'ils vivent et ont pu vivre réellement ; « C'est une chose importante de savoir que tu ne vas pas avoir de problèmes légaux ... Avoir quelqu'un à qui se confier tout en sachant qu'il n'y aura pas de répercussions » (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006, p.39). Le non respect de la confidentialité peut être une barrière à l'accès aux soins de ces jeunes, en effet « certaines personnes ne veulent pas parler de leurs problèmes aux médecins, car ils ont peur qu'il va parler à cette personne, puis à l'autre et à l'autre... et tout le monde sera au courant » (Ensign & Panke, 2001, p. 170).

Les jeunes ont aussi relevé se sentir plus à l'aise de parler et poser des questions aux soignants dans un lieu séparé, préservant leur intimité. Une jeune femme de la rue a relaté que « lorsque l'on est questionnées à ce sujet (*santé sexuelle*), il serait préférable que le dossier de soin soit posé un peu plus loin à quelque part, et qu'il ne soit pas rempli. Les femmes en parleraient plus volontiers s'ils promettent que ce ne sera écrit à quelque part. Ce sera dans ta tête, dans la mienne et nul part ailleurs » (Ensign & Panke, 2001, p. 170).

Résultat 6 : Être empathique (n = 3)

L'empathie est une attitude attendue de la part des jeunes de la rue à l'égard de l'infirmière ou autre professionnel travaillant avec eux. Cette attitude, favorisant l'accès aux soins des jeunes, est apparue dans 3 études (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 & Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Un jeune évoque qu'il est important que le soignant se mette « soi-même dans la peau des jeunes. S'ils se font tabasser à la maison et détestent la maison, par dieu, ils ont une raison de haïr être à la maison. Ne leur dites pas : je pense que vous devriez

rentrer à la maison » (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 397). Les jeunes relatent avoir, effectivement, une préférence pour les soignants présentant de l'empathie à leur égard. Ils apprécient aussi davantage les soignants qui peuvent partager des expériences similaires avec eux ; « nous avons besoin de personnes qui ont des maladies, qui ont consommés des drogues... pas les personnes qui n'ont jamais consommé et qui demandent aux gens de stopper leur consommation... Nous avons besoin de gens qui l'ont vécu, qui sont passés au travers des difficultés, les conséquences... (...) » (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008, p. 1285).

Résultat 7 : Être compréhensif (n = 3)

Les jeunes ont souligné que les soins prenant en compte les aspects culturels des jeunes étaient plus bénéfiques. Cet aspect-là, de compréhension de la culture et de leurs conditions de vie est apparu dans 3 recherches (Ensign, 2004 ; Collins & Barker, 2009 & Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).

Il leur est important que les soignants, travaillant parmi cette population, soient compréhensifs, aient des connaissances de la culture de la rue et des attitudes des jeunes, afin qu'ils puissent développer des interventions adaptées aux jeunes ; « lorsque les gens à la clinique comprennent la situation de la rue, savent d'où tu viens, comment tu vis et comment tu essaies de faire au mieux pour vivre dans la rue... c'est ce qui aide. Après, ils peuvent faire tout ce qui leur est possible en leur pouvoir pour nous aider à être aussi sain que possible, bien que nous soyons dans la rue (Ensign, 2004, p. 701). Les jeunes de la rue attendent que les professionnels reconnaissent les difficultés inhérentes à la vie de la rue, aient une compréhension de ce que c'est d'être de la rue. Ils disent aussi apprécier « (...) les gens qui savent d'où tu viens (...) » (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006, p.39).

Il est aussi important pour les jeunes d'être compris lorsqu'ils se confient à quelqu'un. De plus, plusieurs jeunes ont relevé que les soignants ayant, eux-mêmes, traversé des situations similaires sont naturellement plus

compréhensibles à leur égard; « ils comprennent car ils ont passé par là, par les même choses (...) » (Collins & Barker, 2009, p. 380).

Résultat 8 : Informer et adapter son langage (n=3)

3 études (Ensign & Panke, 2001; Ensign, 2004 & Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) ont relevé que, d'après les jeunes, de bonnes compétences en communication des soignants favoriseraient l'accès aux soins. La compréhension des soignants au niveau de la communication est un élément important pour les jeunes. Il favorise aussi l'adhérence des jeunes aux soins. L'utilisation de termes médicaux peut être une barrière à l'accès aux soins. Il est donc important que les soignants adaptent leur langage aux jeunes afin qu'ils puissent comprendre et avoir plus facilement accès aux informations. Une participante a décrit avoir reçu l'information qu'elle était transférée dans un hôpital psychiatriques mais sans plus de détails. Elle décrit : « je suis partie, je me suis échappée, j'ai courru au travers de la ville avec mon tshirt troué, mon short troué, sans chaussures, sans soutien-gorge. Ça m'était égal, je ne voulais pas aller là-bas surtout à cause des histoires que j'avais entendues » (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006, p. 556). Cet exemple relève l'importance de bien communiquer et informer les jeunes lorsque le soignant est en contact avec eux. Toutefois, une jeune relate avoir « plusieurs fois eu le sentiment qu'ils nous prenaient pour des stupides et ignorants, et du coup ils n'ont pas besoin de nous expliquer quoi que ce soit... Donc s'ils veulent juste nous dire ce que c'est et le décrire et ne pas nous traiter comme si nous ne pouvions pas comprendre le sens, ce serait bien mieux » (Ensign & Panke, 2001, p. 170).

Résultat 9 : Être à l'écoute (n = 3)

L'écoute est une attitude identifiée dans 3 études (Nyamathi et al., 2007 ; Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 & Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) par les jeunes comme élément facilitant l'accès aux soins. L'écoute, ne portant pas de jugement, est perçu par les jeunes de la rue comme un élément clé pouvant résoudre leurs problèmes (Nyamathi et al.,

2007). Une jeune souligne avoir besoin de quelqu'un qui écoute vraiment; «une oreille... quelqu'un pour entendre. Ne résous pas mon problème. Ecoute simplement. C'est tout ce dont j'ai besoin... » (Nyamathi et al., 2007, p. 5).

Résultat 10 : Être non jugeant (n = 3)

L'attitude de non jugement a été identifiée dans 3 études (Ensign, 2004 ; Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 & Hudson et al., 2010). Etre en situation de rue, être consommateur de drogues illicites ou encore avoir des problèmes de santé mentale ne sont pas des états de situation neutres, sans valeurs. Il s'agit d'expériences stigmatisantes. L'expérience de se sentir examinés ou jugés par les autres est commune aux jeunes et détériore les contacts des participants aux services de soins. Des attitudes jugeantes par des professionnels des services de soins ont fréquemment été décrites. Par exemple, lorsque les participants ont été questionnés au sujet de leur consommation d'alcool, ceci devient souvent la cause première des diagnostics de santé mentale, avant que d'autres problèmes psychiques pouvant être la cause de leur demande de soins soient évalués. Au contraire, les expériences des jeunes, lorsqu'ils n'ont pas été jugés, sont positives.

Une attitude de non jugement aide les jeunes à accéder plus facilement aux soins ; « ça aide lorsque les gens dans les soins ne nous jugent pas, et ne sont pas snobs... Ils te perçoivent comme un être humain, et non comme un sale gosse des rues. Que tu aies de l'ambition ou non, peut importe ta situation, tu es te sens le bienvenu » (Ensign, 2004, p. 701). Les soignants présentant une attitude de non jugement sont souvent bien perçus ; « Elle ne m'a jamais jugée ou quoi que ce soit. Elle était toujours là pour me donner un câlin si je tombais bas (...), lorsque tu es jeune et quelqu'un te montre simplement qu'il prend soin de toi, (...), ça aide beaucoup » (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006, p. 559). De plus, « Si les jugements sont surpassés, les gens peuvent dire comment ils peuvent t'aider à trouver un job, ils peuvent se dire qu'ils pourraient t'aider et trouver des ressources à la place de passer à côté de toi et de penser que tu n'es qu'un sale gosse » (Hudson et al., 2010,p.7)

Résultat 11 : Être investi (n = 2)

Etre investi semble être une attitude qui favorise aussi l'accès aux soins des jeunes (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 & Ensign, 2004). L'investissement du soignant est attendu par le jeune de la rue et défini par le fait de rester en contact avec le jeune ; « en recevant une carte d'anniversaire » par exemple (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 396), ou encore d'avoir un suivi sur une longue durée qui permet ainsi au jeune de ne pas avoir « (...) besoin de recommencer au début en répétant mon histoire à quelqu'un d'autre » (Ensign, 2004, p.702).

Résultat 12 : Être fiable (n = 2)

La fiabilité des professionnels était un élément ressortis dans 2 études (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 & Collins & Barker, 2009). Ayant déjà eu des contacts avec des professionnels qui « venaient et partaient » après une courte période d'aide auprès des jeunes. (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 393), la fiabilité est importante pour les jeunes de la rue. Elle leur permet d'accéder plus facilement aux soins, sachant qu'ils peuvent compter sur les professionnels. Une jeune a évoqué l'importance d'avoir simplement quelqu'un avec qui « il est facile de parler et sur qui l'on peut compter » (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 394). De plus, les jeunes de la rue ont souvent vécu des expériences où ils se sont sentis trahis, il est donc important pour les jeunes de la rue, que les soignants soient des personnes sur qui ils peuvent compter et qui soient fiables ; « (...) Je pense que ce qu'ils disent est vrai, car ils vont dire quelque chose et tu peux croire qu'ils vont faire ce qu'ils ont dit » (Collins & Barker, 2009, p.380).

Résultat 13 : Accepter l'individu tel qu'il est (n = 2)

2 études ont relevé qu'il était important pour les jeunes de la rue que les professionnels travaillant parmi eux aient une attitude d'acceptation à leur égard (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 & Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006) ; « la personne que j'étais au fond de moi, je ne pouvais pas vraiment la montrer parce que personne ne l'aurait accepté », il est

important d'accepter que les « adolescents vont essayer les choses au moins une fois » (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, p. 397). Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn (2006, p. 38) relèvent que les jeunes sont plus ouverts à s'approcher des soignants présentant de l'acceptation, ainsi qu'une ouverture d'esprit et de la confiance.

Résultat 14 : Ne pas stigmatiser, ni discriminer (n=2)

Dans 2 recherches (Hudson et al., 2010 & Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), les jeunes de la rue ont relevé être souvent confronté par divers professionnels de la santé ou non à de la stigmatisation et de la discrimination. La discrimination exprimée par les soignants est perçue comme une barrière à l'accès aux soins (Hudson et al., 2010). Un jeune a décrit que « mon diagnostics était ; une psychose induite par consommation de drogue. Et j'ai trouvé cela très pathétique car je ne l'étais pas, j'étais traumatisé, j'ai eu des comportements de psychotiques à cause de ce qui m'est arrivé ; j'ai été frappé, on m'a enfermé dans une maison et essayé de tuer par diverses manières. » (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006, p. 556). Une attitude non stigmatisant et non discriminante facilite ainsi la création d'un lien entre le jeune et le soignant et de ce fait permet un accès aux soins.

Résultat 15 : Prendre soin (caring) (n = 2)

La notion de prendre soin (caring) est ressortie dans 2 études (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006 & Collins & Barker, 2009) et définie par le fait de se sentir être le bienvenu, d'être questionné sur ses propres opinions et d'être perçu comme personne ayant de l'importance (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Les jeunes relèvent que les soignants ne « (...) me posaient pas simplement la question, comment tu vas, parce qu'ils avaient une liste de questions à poser. Je veux dire qu'ils semblaient vraiment prendre soin de mon bien-être » (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006, p.39).

Une attitude de « caring » favorise l'accès aux soins ; « Tu vas commencer par te demander, qui est-il pour prendre soin de moi aussi bien ? Après, s'il prend soin de moi – (...) – pourquoi je ne prendrais pas autant soin de moi-même ? » (Collins & Barker, 2009, p. 380).

Résultat 16 : Être authentique (n = 2)

Comme évoqué dans 2 études (Ensign & Panke, 2001 & Collins & Barker, 2009), les jeunes apprécient l'authenticité des soignants ; « (...) Je préfère quelqu'un qui est authentique, que quelqu'un qui joue un rôle » (Collins & Barker, 2009, p. 381).

De plus, par exemple, face à la thématique de l'homosexualité, les jeunes évoquent que certains soignants disent «genre, « je suis totalement ok avec l'homosexualité, que tu peux me dire tout ce que tu veux» Ils disent simplement cela car ils pensent que ça va permettre aux jeunes de leur faire confiance. La plupart des gens ayant été dans la rue connaissent mieux cela » (Ensign & Panke, 2001, p. 170).

Résultat 17 : Ne pas présenter de favoritisme (n = 1)

Un jeune, dans l'étude de Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000, p. 396) relève qu'il est important que les soignants ne présentent pas de favoritisme ; « Ne choisissez jamais de favoris comme ils l'ont fait avec moi... J'aimais ça. J'aimais l'attention que l'on me portait. Mais, à la fin, quand je suis partie, ça m'a blessée, car tu n'as plus ces personnes »

Résultat 18 : Montrer de l'intérêt (n = 1)

Un jeune, dans la recherche de Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond (2006, p.558) a souligné que l'intérêt que les soignants montrent aux jeunes est un élément important qui facilite aussi l'accès aux soins ; « Tu pense que cette mauvaise phase va continuer à jamais, et n'aura jamais de fin, et lorsque quelqu'un, un adulte, tu sais, commence à montrer de l'intérêt à ton

égard et prend soin de toi, tu te sens en sécurité auprès de lui, et ça été le début pour moi ».

Résultat 19 : Être disponible (n = 1)

Dans l'étude de Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000, p. 396), plusieurs jeunes de la rue ont évoqués que la disponibilité des professionnels travaillant avec eux était importante ; « être là pour les jeunes et les écouter ».

Résultat 20 : Être honnête (n = 1)

Dans l'étude de Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000, p. 396), un jeune a relevé l'important d'une attitude d'honnêteté ; « Soyez honnêtes...ne leur dites pas une chose puis vous en faites une autre ».

Résultat 21 : Avoir un style de communication non autoritaire (n = 1)

Dans la recherche de Hudson, Nyamathi & Sweat (2008, p. 1283), plusieurs jeunes ont évoqués qu'ils apprécient un style de communication non autoritaire. Ils ont vécu plusieurs expériences avec une communication autoritaire de la part des soignants; « je suis totalement ouvert par rapport à ma consommation de marijuana, et j'ai de l'asthme... et je comprends ces conflits, mais... tu sais, je fumes de la marijuana pour bien plus de raisons que... il y a tant de bonnes choses avec ça. Donc, je n'ai pas besoin d'un médecin qui vienne à chaque fois vers moi me dire : « bon, tu sais, je te l'ai dit, tu devrais arrêter de fumer ! » » (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008, p. 1283).

Résultat 22 : Être contenant (n = 1)

Dans l'étude de Collins & Barker (2009, p. 381), un participant relate qu'une attitude contenant de la part des soignant est bénéfique et peut faciliter l'accès aux soins ; « je ne veux pas parler de mes problèmes aux gens. Je veux juste les évoquer, morceau par morceaux. Juste pour voir, (...), s'ils peuvent faire avec. Ils ne peuvent pas tenir le coup avec mes problèmes, (...). Ils ont

probablement déjà assez de craintes ». Un autre jeune évoque que « après qu'elle ait débuté la conversation et commencer à me poser des questions, je me sentais bien auprès d'elle. J'ai commencé à tout lui raconter » (Collins & Barker, 2009, p. 381).

Résultat 23: Encourager, motiver (n = 1)

Dans l'étude de Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn (2006, p.39), certains jeunes relatent que le fait d'être encouragé et motivé facilite leur adhérence aux soins ; « c'est comme un coup de pied aux fesses - si tu va faire cela – c'est comme ça que ça va t'aider – et ils t'aident en le faisant. Ça semble être embêtant, mais c'est une bonne chose, car ça motive totalement ». Le personnel soignant qui encourageaient les jeunes à poser des objectifs et les aidaient à maintenir une motivation pour les réaliser était perçu comme aidant. Les participants appréciaient le personnel qui les encourageait à se responsabiliser en les accompagnant dans la mise en place d'objectifs, la mise en pratique de ces objectifs et l'achèvement de ceux-ci.

Résultat 24 : Ne pas présenter de pitié (n=1)

Dans la recherche de Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000, p. 397), des jeunes soulèvent l'important que le soignant ne présente pas de pitié à l'égard du jeune. En effet, « Ne soyez pas désolés pour ces jeunes », « ne vous sentez pas désolé pour eux. Soyez gentil et tout, mais quand ils vous présente une certaine attitude, donner la leur en retour (...) » et « ne vous sentez pas désolé pour moi en m'aidant. Je voulais que les gens comprennent ce que je vivais, mais je n'ai jamais voulu la pitié de personne. La pitié est tout simplement la pire des choses. Boostez moi le long du chemin, mais ne me plaignez pas. Ça me fait me sentir impuissant ».

7. Discussion

Dans cette partie du travail, l'auteure vous propose une critique des articles choisis pour cette revue de littérature étoffée. Par la suite, les divers résultats synthétisés seront mis en lien avec le cadre de référence ainsi que la problématique. Enfin, une ébauche de réponse à la question de recherche sera donnée, ainsi que les implications pour la pratique professionnelle infirmière. Finalement, les limites de cette étude seront exposées, afin d'avoir un regard critique sur le travail effectué.

7.1. Qualité méthodologique des recherches sélectionnées

La thématique de recherche choisie par l'auteure est une thématique ayant encore actuellement été peu étudiée. De ce fait, l'auteure a eu des difficultés à trouver plus de 10 recherches correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion; peu d'études ayant la thématique traitée ont été exclues pour la revue de littérature.

Toutes les études sélectionnées ont été menées entre 2000 et 2010, ce qui veut dire qu'elles sont récentes et illustrent bien les attitudes infirmières identifiées et nécessaires par les jeunes de la rue pour faciliter leur accès aux soins. Tous les auteurs sont crédibles car ils ont pour la majorité une formation dans le domaine de la santé (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004 ; Ensign & Panke, 2001 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Hudson et al., 2010 ; Collins & Barker, 2009 & Nyamathi et al., 2007), ou dans le domaine social (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000). Les équipes de chercheurs étaient souvent composées de personnes expérimentées dans le domaine, ainsi que d'infirmières ayant de l'expérience en recherche scientifique et de travail parmi cette population.

Les études sélectionnées dans cette revue de littérature ont toutes un devis qualitatif, c'est-à-dire qui s'intéresse au vécu et aux expériences des jeunes de la rue ; c'est justement ce qui était recherché dans le thème de ce travail. Ces études sont donc appropriées et pertinentes. Cependant, cela ne veut pas dire, que les jeunes de la rue ont toujours raison, mais il est utile de s'intéresser à

leurs expériences et perceptions afin de mieux comprendre leurs fonctionnements, comportements et besoins. Sur les 10 recherches, 8 études (Ensign & Panke, 2001; Nyamathi et al., 2007 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Hudson et al., 2010 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) ont effectué leur récolte de données par des groupes de discussions (*focus groups*) qui ont l'avantage d'être efficace et susciter des dialogues riches en sens (Loiselle, 2007). Parmi ces études, 5 (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Hudson et al., 2010 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) ont utilisé des guides d'entretien semi structurés pour la conduite des focus groups. Les 2 autres études qualitatives (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 & Collins & Barker, 2009) ont utilisé des interviews individuels pour récolter des données. Ils ont enregistré les entretiens et les ont retranscrits mots à mots pour garantir l'authenticité des données.

Selon Loiselle (2997, p.337), la crédibilité est « un critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance qu'on peut avoir dans la véracité des ces données ». La crédibilité des données a été attestée par l'utilisation de diverses méthodes comme la triangulation des sources de données (Ensign & Panke, 2004 ; Ensign, 2002 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000), la triangulation des chercheurs (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Ensign & Panke, 2004 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Collins & Barker, 2009 ; Ensign, 2002 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Hudson et al., 2010 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) et la vérification par les participants (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Collins & Barker, 2009 ; Ensign, 2002 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 & Hudson et al., 2010).

La fiabilité définie comme « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Loiselle, 2007, p.340) a été démontrée dans les

études de Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn (2005), Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat (2008) et Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000) par la reproduction progressive. La vérification externe a aussi été relevée dans les études de Hudson et al. (2010), Ensign (2002), Collins & Barker (2009) et Hudson, Nyamathi & Sweat (2008). La confirmabilité a aussi été démontrée dans l'étude de Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat (2008).

Les études de Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, (2006), Ensign & Panke (2004), Hudson, Nyamathi & Sweat (2008), Collins & Barker (2009), Ensign (2002), Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn (2005), Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat (2008) et Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud (2000) ont utilisé des logiciels pour analyser leurs données. Une étude, celle de Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, (2006), a utilisé le logiciel NVivo, qui est souvent utilisé pour le regroupement des données qualitatives (Loiselle, 2007).

Les aspects éthiques, c'est-à-dire l'anonymat, le consentement et le respect des participants ont été entièrement ou partiellement validés dans les études sélectionnées. En effet, 8 études (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Ensign & Panke, 2004 ; Nyamathi et al., 2007 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Collins & Barker, 2009 ; Ensign, 2004 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 & Hudson et al., 2010) ont été approuvée par un comité éthique. Les autres (Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) mentionnaient que les participants avaient été informés de l'étude oralement ou par écrit, avaient donné leur consentement oral ou écrit, et/ou les données avaient été traitées de manière anonyme et confidentielle.

7.2. Discussion des résultats

Dans ce chapitre, les principaux résultats des recherches sélectionnées sont discutés, en s'appuyant sur certains concepts composant le cadre de référence développé précédemment. Ils sont aussi mis en lien avec la question de recherche, à savoir : « Quelles sont les attitudes infirmières nécessaires et identifiées par les jeunes de la rue pour faciliter l'accès aux soins de santé,

qu'ils soient de promotion de la santé, de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ? ».

Tout d'abord, il est important d'identifier les barrières à l'accès aux soins de jeunes de la rue, afin de mieux saisir ce qui les empêche de s'engager dans une relation thérapeutique et de faire appel à de l'aide. Plusieurs études ont relevés différentes barrières telles que le manque d'assurance maladie, des problèmes de transport, un manque de respect de la part des soignants (Ensign & Panke, 2001), un manque de connaissances des soins offerts dans la rue, des problèmes liés à la confidentialité, la perception que le système de soins a des consignes et des règles restrictives (De Rosa et al., 1999, cité par Hudson, et al., 2010), un manque de professionnels formés au travail parmi cette population, un manque d'établissement offrant des soins de santé, de l'incompréhension par rapport à la langue, de la méfiance à l'égard des professionnels des centres de santé (Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008) ainsi que de la stigmatisation, de l'irrespect à l'égard des conditions des sans-abris et un manque de moyen de paiement (Martins, 2008, cité par Hudson et al., 2010). Ces divers éléments mentionnés dans les recherches sont cohérents avec les propos de Picheral (2001) qui soulève que le temps, l'éloignement des centres de santé, les transports, les possibilités financières, le manque d'assurance maladie sont des facteurs influençant l'accès aux soins.

Carlson, Sugano, Millstein & Auerswald (2006, cité par Hudson et al., 2010) relèvent que les jeunes et jeunes adultes de la rue accèdent souvent aux services de santé selon leur état actuel. En effet, lorsque les jeunes se sentent stables ou bien intégrés dans la culture de la rue, l'accès aux soins n'est pas une priorité. Toutefois, lorsque les jeunes se sentent en déséquilibre ou en crise, ils demanderont plus aisément de l'aide et accèderont aux services de santé. Ces propos peuvent être reliés au modèle d'Andersen et Aday (1972, cité par Bonnet, 2002), qui relève que des facteurs tels que les symptômes ou l'état général de l'individu influencent l'accès aux soins de celui-ci. Les jeunes de la rue ayant participé à l'étude de Collins & Barker (2009) ont soulevé combien il est aussi difficile de demander de l'aide et d'exposer leurs expériences en effectuant cette démarche (Solorio et al., 2006 cité par Collins & Barker, 2009). Il est intéressant de relever que les adolescents domiciliés,

expérimentant des problèmes psychologiques, cherchent souvent de l'aide auprès des parents ou des amis (Boldero & Fallon, 1995, cité par Collins & Barker, 2009), alors que pour les jeunes de la rue, ayant des souvent relations conflictuelles avec les parents et des relations d'amitiés instables, les services d'aide plus formels prennent de l'importance (Terrell, 1997, cité par Collins & Barker, 2009). Le personnel soignant et social joue donc un rôle important de soutien et conseil auprès de ces jeunes.

Ensign & Panke (2002) soulignent que beaucoup de jeunes de la rue désirent que les soignants reconnaissent qu'ils sont bien informés au sujet de leur propre santé et de leur corps. Ils souhaitent aussi qu'ils montrent du respect, de la confiance et une approche non jugeante dans leur manière de communiquer, car, si les jeunes perçoivent leur relation avec les soignants comme inefficace, leur motivation à intégrer et participer à un programme de santé va entraver le succès de celui-ci et ultérieurement servir comme barrière à la santé et au bien-être du jeune (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). Cela reflète les dires de Picheral (2001) qui soulève aussi que le vécu passé des individus avec le système de santé influence son accès aux soins ; en effet, si une personne expérimente négativement le système, il lui sera plus difficile d'y accéder ultérieurement.

Après avoir identifié les barrières des jeunes de la rue, il est essentiel de percevoir les attitudes de l'infirmière facilitant l'accès aux soins, soit ; le respect, la confiance, l'écoute, le non jugement, l'empathie, la disponibilité, la fiabilité, l'investissement, le prendre soin, la non stigmatisation, l'implication et la responsabilisation, le non favoritisme, une communication non autoritaire, le fait d'être contenant, l'intérêt porté à l'autre, la non pitié, l'encouragement, la compréhension, l'information, l'adaptation du langage, l'acceptation, la confidentialité, le fait de ne pas imposer, l'honnêteté et l'authenticité.

En considérant ces attitudes, le soignant doit se focaliser sur l'établissement d'un lien de confiance durant le premier contact avec le jeune de la rue. Dans la première partie de ce travail, il est souligné que la première tâche à accomplir pour créer une relation thérapeutique est de faire connaissance et de créer une alliance. Plusieurs théoriciens (Carkuff, 1968 ; Peplau, 1969 ; Rogers et al., 1967 ; Travelbee, 1971, cités par Townsend, 2004) ont relatés que la

confiance, le respect, l'authenticité et l'empathie sont des attitudes qui favorisent la réussite d'une relation thérapeutique. Ces caractéristiques correspondent à celles identifiées par les jeunes de la rue à l'égard des soignants. En effet, la confiance (Ensign & Panke, 2004 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2005 ; Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 & Kurtz, Lundsey, Jarvis & Nackerud, 2000), la confidentialité (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 ; Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006 ; Ensign & Panke, 2001 & Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008), l'empathie (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000 ; Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 & Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006) et l'authenticité (Ensign & Panke, 2001 & Collins & Barker, 2009) sont diverses caractéristiques qui ont été soulevées comme étant importantes dans la relation d'aide par les jeunes de la rue et sont similaires à celles trouvées dans d'autres recherches (Kurtz et al., 2000 ; McGrath & Pistrang, 2007 ; Thompson et al., 2006, cités par Collins & Barker, 2009).

D'après Erikson (s.d, cité par Townsend, 2004), l'apprentissage de la confiance est la première tâche du développement, si celle-ci n'est pas menée à bien, elle peut se révéler problématique ; le fait que les jeunes de la rue aient souvent été victimes d'abus et/ou de négligence dans leur passé (Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008 & Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) peut justifier les difficultés rencontrées par ceux-ci pour faire confiance aux soignants et autres professionnels travaillant avec eux. De part leur vulnérabilité et leur passé, la confiance est un élément « extrêmement difficile » à favoriser auprès de cette population de jeunes (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).

Certains jeunes ont reportés qu'ils écoutent mieux les soignants qui se mettent à un niveau égal et non supérieur au jeune, qui montrent du respect et qui évitent l'utilisation d'un jargon médical (Ensign & Panke, 2001). Cette attitude d'égalité, identifiée par les jeunes, correspond à une des missions de l'infirmière de rue mentionnée précédemment ; en effet, l'infirmière de rue a pour mission de créer un climat de confiance en maintenant une relation d'égal à égal et en laissant toutefois l'individu maître du soin (Infirmiers de rue, s.d).

De plus, comme mentionné dans plusieurs recherches (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006 ; Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008 ; Ensign, 2004 ; Nyamathi et al., 2007 & Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000), les jeunes désirent que les soignants les impliquent dans le processus de prise de décision à l'égard de leur propre santé. Les jeunes souhaitent et ont besoin de prendre des décisions par eux-mêmes, mais ils ont aussi besoin des autres (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000). Cet aspect là est une image du rôle de l'infirmière au niveau de la promotion de la santé. En effet, comme le mentionne la charte d'Ottawa dans une de ses stratégies (OMS, 1999), l'objectif de la promotion de la santé est d'offrir à chacun les moyens de réaliser entièrement leur potentiel de santé. Cela peut donc être effectué en laissant l'opportunité à l'individu, dans notre situation, au jeune de la rue, d'avoir la possibilité d'agir sur sa santé en prenant part aux décisions le concernant.

En favorisant la création d'un lien avec le jeune de la rue, l'infirmière met en pratique un des cinq principes des soins de santé primaires, c'est-à-dire l'accessibilité. En effet, elle permet ainsi au jeune d'avoir accès aux soins. De plus, elle favorise la promotion de la santé en sensibilisant le jeune à sa propre santé et joue un rôle dans la prévention, en orientant le jeune dans le système de santé, afin qu'il obtienne des soins de santé adéquats (Hudson et al., 2010). Le jeune de la rue ne va pas seulement continuer de conserver le lien thérapeutique créé avec le soignant durant le traitement de ses symptômes ou de sa maladie. Au contraire, le lien avec le soignant lui permet aussi de l'aider à construire des sentiments d'amour propre et de développer sa confiance en autrui (Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006). De plus, d'après Levy & O'Connell (2004, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), dès que le lien est établi entre le jeune et le soignant, divers problèmes de santé, psychiques ou physiques sont souvent révélés. Ainsi, le lien thérapeutique créé permet d'assister le jeune à commencer à se responsabiliser à l'égard de sa santé et à prendre des décisions la concernant, ceci afin de diminuer la demande en soins de santé tertiaire sur un plus long terme. Cela s'imbrique donc dans un processus de prévention (ibid). De même, la résolution d'un problème de santé n'est pas seulement thérapeutique simplement parce qu'il y a un traitement qui est établi

(Penzerro, 2003 cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). Au contraire, seul lorsque le soignant est perçu par le jeune comme une personne de confiance, respectueuse, disponible et serviable, des progrès appréciables dans la relation entre le jeune et l'adulte ainsi que dans sa réhabilitation peuvent être perçus (Mech et al., 1995 ; Galbo, 1986, cités par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). En prenant la peine de créer un lien thérapeutique avec le jeune de la rue, en se mettant à un niveau d'égal à égal, en ayant connaissance de sa culture et de ses conditions de vie, en préservant la confidentialité et en favorisant l'empowerment individuel⁷ du jeune et en adoptant des attitudes adéquates à leur égard, les professionnels de la santé vont pouvoir essayer de faciliter l'accès aux soins de santé des jeunes de la rue. Aussi, l'accès aux soins pourra être amélioré, ainsi que l'état de santé des individus de cette population.

7.3. Réponse à la question de recherche

Les résultats que l'auteure a obtenus après l'analyse et la synthèse des articles ont permis de mettre en évidence les attitudes infirmières nécessaires et identifiées par les jeunes de la rue pour faciliter l'accès aux soins de santé. Ces attitudes ont été identifiées à partir des propos exprimés par les jeunes de la rue. Voici, un rappel des attitudes identifiées et nécessaires aux jeunes de la rue pour faciliter l'accès aux soins de cette population : le respect, la confiance, l'écoute, le non jugement, l'empathie, la disponibilité, la fiabilité, l'investissement, le prendre soin, la non stigmatisation, l'implication et la responsabilisation, le non favoritisme, une communication non autoritaire, le fait d'être contenant, l'intérêt porté à l'autre, la non pitié, l'encouragement, la compréhension, l'information, l'adaptation du langage, l'acceptation, la confidentialité, le fait de ne pas imposer, l'honnêteté et l'authenticité.

Finalement, une ébauche de réponse à la question de recherche : « Quelles sont les attitudes infirmières nécessaires et identifiées par les jeunes de la rue

⁷ L'empowerment individuel fait référence à la manière par laquelle l'individu accroît ses habilités favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (Eisen, 1994, cité par Déchanez, 2012)

pour faciliter l'accès aux soins de santé, qu'ils soient de promotion de la santé, de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ? » a pu être donnée.

7.4. Limites de l'étude

Ce travail a inclus des recherches uniquement écrites en anglais, ce qui n'est pas la langue maternelle de l'auteure. De ce fait, les connaissances limitées de l'auteure n'ont pas permis de comprendre toutes les subtilités du vocabulaire utilisé dans les diverses recherches.

Les recherches utilisaient toutes un devis qualitatif qui ne permet pas de généraliser les résultats, étant donné que les échantillons de population sont restreints. De plus, les études se sont principalement déroulées aux USA. Seules deux études sélectionnées ont été effectuées en Australie ou au Royaume-Uni. Aucune recherche n'a été effectuée en Suisse, étant donné que le phénomène des jeunes de la rue n'est pas autant connu et présent. Des hypothèses peuvent être formulées et transférées à d'autres populations de jeunes, dans d'autres pays tout en restant vigilant aux aspects culturels et aux systèmes de santé qui sont différents d'un pays à l'autre.

De même, 4 études ont été menées au même endroit, avec un échantillon de population plus ou moins identique. Les résultats sont donc spécifiques à cette population et il est important d'être attentif à cela lors de la transférabilité des résultats.

Cette revue de la littérature étoffée est aussi une première expérience pour l'auteure. Les critères de méthodologie ont été respectés aux mieux, toutefois, ce travail est le résultat d'une novice dans le domaine de la recherche.

8. Conclusion

8.1. Implications et recommandations pour les soins

A partir des éléments mis en évidence dans la discussion, des pistes d'action peuvent être établies et regroupées dans ce chapitre. Ce qui suit n'est pas exhaustif. Toutefois, cela permet de donner un aperçu des modifications ou des changements d'attitudes qui devraient être effectués par les professionnels de la santé afin de faciliter l'accès aux soins des jeunes de la rue.

Tout d'abord, il est important de se pencher sur la formation des infirmières travaillant parmi cette population. En effet, comme le mentionne Ensign (2004), le besoin d'améliorer la formation des professionnels travaillant avec ces jeunes par rapport à leurs compétences culturelles et connaissances du contexte de vie de ces jeunes est présent. De plus, il est important d'inclure dans la formation une sensibilisation et une prise de conscience au fait que les attitudes souvent difficiles des jeunes peuvent être un mécanisme de protection par rapport aux interactions passées qu'ils ont pu avoir avec des adultes. Le soignant doit aussi connaître le système de santé, être plus attentif aux ressources de la communauté et envoyer correctement les jeunes dans d'autres services si nécessaire afin qu'ils n'errant pas dans les rues à la recherche de services et soient chassés par les représentants de la loi (Hudson et al., 2010). Les soignants ont besoin de reconnaître leur propres croyances, opinions et réactions à l'égard de l'adolescence et le fait de vivre dans la rue (Ensign & Panke, 2001). Plusieurs jeunes ont soulevé l'importance que les soignants comprennent leurs situations et leurs croyances en dehors tous les stéréotypes négatifs existants sur les jeunes de la rue. La connaissance de soi-même peut aider les soignants à reconnaître et apprécier le style de vie, les croyances, les comportements d'adaptation des jeunes de la rue, plutôt que de les décrire comme jeunes « déviants ». Cela favorise une bonne communication, un respect mutuel, de la confiance et une atmosphère de non jugement (Ensign & Panke, 2001). Il est aussi important que les soignants se souviennent que les jeunes de la rue sont au niveau de leur développement encore à l'adolescence. De ce fait, lorsque l'accent est mis sur la conformité et le respect des règles et règlements, des conflits avec les adolescents peuvent survenir (Mech, Pryde &

Rycraft, 1995 ; Peterson, Baer, Wells, Ginzler & Garrett, 2006, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).

Les professionnels doivent favoriser une alliance thérapeutique positive en reconnaissant les complexités de la survie dans la rue (Blankertz et al., 1990 cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Il est aussi important de développer une relation forte et de confiance avec ces jeunes qui leur permette de préserver le contrôle (Littell, Alexander & Reynolds, 2001 ; Rice & Sanoff, 1998 ; Slesnick, 2001, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). La relation entre le jeune de la rue et le soignant semble être plus positive lorsque les soignants travaillent dans un contexte spécifique ajusté à cette population (DeRosa et al., 1999 ; Woods, Samples, Melchiono & Harris, 2003 cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).

De même, les professionnels travaillant avec cette population doivent d'être attentifs aux problématiques telles que le rejet et l'abandon ayant pour conséquences la souffrance, la colère et la méfiance (Collins & Barker, 2009). Une bonne communication est aussi importante. Elle débute par l'écoute de l'histoire du jeune dans une attitude de respect. Le soignant commence par explorer les problèmes présents du jeune, ainsi que les stratégies pouvant améliorer la situation. Il est aussi important de dialoguer au sujet de la perception du jeune face à la santé, la maladie et les soins. L'objectif est que le soignant puisse établir un plan de soins qui soit approprié avec des interventions adaptées aux forces et aux besoins du jeune (Ensign & Panke, 2001). Il serait aussi préférable que les jeunes reçoivent dans un premier temps des soins basés sur les conditions prioritaires tels que les abus de substances ou encore les troubles psychiques, tout en accompagnant ces soins d'une éducation à la gestion des symptômes. Car si les symptômes ne sont pas traités, ils peuvent perturber le travail entrepris avec ces jeunes (Hudson et al., 2010). Ainsi, assister les jeunes adultes à changer leur situation de vie de la rue à une situation plus stable et appropriée pour leur développement, c'est leur permettre de ne pas devenir postérieurement des adultes sans abris vivant dans la rue (Simons & Whitebeck, 1991, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).

Les programmes conçus pour les jeunes de la rue doivent être flexibles et centrés sur la personne. Ils doivent éviter la stigmatisation et la «pathologisation » des jeunes (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000). De même, le soignant doit considérer que la famille et les amis continuent souvent à être des acteurs essentiels dans les vies de ces jeunes de la rue, même après avoir quitté la maison. Malgré les relations difficiles et tendues, entre de nombreux jeunes et leurs familles, certains membres de la famille peuvent jouer des rôles productifs à des moments cruciaux de la vie des jeunes. Les amis peuvent également servir de puissante motivation et peuvent être des modèles pour un changement positif. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes de la rue ont besoin de reconnaître l'importance d'aider les jeunes à envisager une possibilité de rétablir des liens avec la famille et des amis qui pourraient être favorables (Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000).

8.2. Besoins en recherches ultérieures

Ce travail a traité des attitudes infirmières nécessaires et identifiées par les jeunes de la rue, âgés de 15 à 25 ans, facilitant l'accès aux soins de santé, qu'ils soient de promotion de la santé, de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Cependant, de manière générale, il manque de recherches dans ce domaine spécifique. Les perceptions des jeunes de la rue à l'égard des attitudes infirmières facilitant leur accès aux soins sont encore trop peu étudiées. De plus, la plupart des études effectuées à ce sujet se focalisent sur les pays nord-américains. Or, le phénomène des jeunes de la rue est un phénomène mondial, qui touche voir même plus des pays d'autres continents. Dans ce sens, il y a également besoin davantage de recherches qui soient menées dans d'autres pays, afin de mieux saisir les enjeux culturels, car les résultats obtenus dans cette revue de littérature étoffée ne peuvent pas être généralisés pour tout les jeunes de la rue.

Le phénomène des enfants et jeunes de la rue est mondialement connu et nécessiterai davantage de recherches et de reconnaissance. De même, l'auteure soulève que peu de recherches scientifiques sont effectuées sur des thématiques touchant des populations vulnérables, en particulier dans les pays plus pauvres.

Il serait aussi intéressant de pouvoir analyser la thématique au niveau de la Suisse, bien que le phénomène soit moins fréquent. Car, une infirmière en Suisse peut toute à fait être en lien avec des jeunes sans-abris, vivant dans la rue et ayant difficilement accès aux structures de soins, en travaillant dans le domaine de la santé communautaire.

Des recherches plus spécifiques sur le rôle autonome de l'infirmière auprès de cette population pourraient aussi être effectuées, pour ainsi mieux définir le rôle de l'infirmière parmi les jeunes de la rue.

8.3. Points forts et points faibles du travail

Au niveau des points à améliorer, l'auteure évoque tout d'abord qu'elle modifierait son organisation si elle avait à refaire un tel travail. En effet, elle essaierait de cibler sa question de recherche plus précocement, cela afin de prendre plus de temps pour chercher les études à sélectionner dans sa revue de littérature et de ne pas s'égarer dans d'autres thématiques, certes intéressantes et passionnantes. En effet, l'auteure a lu et traduit de nombreuses recherches qui par la suite ne correspondaient pas à sa question de recherche. De même, elle modifierait la construction de ses grilles, afin de ne pas devoir chercher des détails oubliés dans les articles d'origine. Elle se mettrait aussi plus précocement au travail, afin de ne pas devoir travailler sous stress et ainsi perdre une part de qualité dans le travail fourni.

L'auteure tient à relever quelques points forts de ce travail. Concernant ses apprentissages, l'auteure relève que l'élaboration de ce travail lui a permis de mieux comprendre le phénomène des jeunes de la rue, leur culture, leurs besoins, leurs problèmes de santé et surtout le rôle que l'infirmière peut avoir auprès d'eux. L'auteure désire en effet travailler auprès de cette population de jeune lors de sa carrière professionnelle. Ce travail lui a permis de montrer la complexité de ce phénomène et les compétences diverses et variées que l'infirmière de rue doit acquérir. Elle a aussi pu réaliser que de simples attitudes, semblant banales peuvent être très significatives pour ces jeunes et peuvent leur permettre d'accéder aux soins et induire un changement progressif de leur part. Ce travail a permis à l'auteure d'élargir ces perspectives en matière de soins auprès de cette population.

De plus, l'auteure a eu l'occasion de découvrir le domaine de la recherche. Ce travail a demandé beaucoup de persévérance, de motivation et de rigueur. Elle a trouvé intéressant et enrichissant d'apprendre à trouver une ébauche de réponse à une question liée à sa pratique professionnelle par l'élaboration de ce travail. Cela a donné l'envie à l'auteure d'effectuer plus de recherches d'études et articles sur les banques de données afin de répondre aux questions qu'elle pourrait se poser ultérieurement. Cela lui a permis d'ouvrir son esprit sur une nouvelle manière d'approfondir ces connaissances professionnelles, car les connaissances ne sont jamais définitivement acquises. Le domaine des soins infirmiers étant aussi en constant mouvement et amélioration, il est important que les professionnels de la santé s'intéressent à cette évolution et mettent régulièrement à jour leurs connaissances afin d'améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent.

9. Bibliographie

9.1. Ouvrages

- Anaut, M. (2003). *La résilience surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan
- Caroll, G. (2006). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Chenelière Education
- Loiselle, G. & Profetto, J. (2007). *Méthodes de recherche en soins infirmiers*. Canada : ERPI
- Pirot, B. (2004). *Enfants des rues d'Afrique Centrale*. Paris: Karthala
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement*. Montréal, Québec : Edition Chenelière Education
- Raynal, F. & Rieunier, A. (1997). *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*. Paris : ESF
- Tessier, S., Andreys, J.-B. & Ribiero, M.-A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Maloine
- Townsend, M. C. (2004). *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. Canada : ERPI
- Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé, Atelier de géographie de la santé*. Université de Montpellier : 2001
- Vanistendael, S. (2006). *La résilience ou le réalisme de l'espérance*. Genève : Les cahiers du bice

9.2. Articles de périodiques

- Christiani, A., Hudson, A., Nyamathi, A., Mutere, M. & Sweat, J. (2008). Attitudes of homeless and drug-using youth regarding barriers and

facilitators in delivery of quality and culturally sensitive health care.

Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21, 154-163

- Collins, P. & Barker, C. (2009). Psychological Help-seeking in homeless adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 372-383
- Darbyshire, P., Muir-Cochrane, E., Fereday, J., Jureidini, J. & Drummond, A. (2006). Engagement with health and social care services : perceptions of homeless young people with mental health problems. *Health and Social Care in the Community*, 14, 553-562
- Ensign, J. (2001). Quality of health care : the views of homeless youth. *Health Services Research*, 39, 696-708
- Ensign, J. & Panke, A. (2002). Barriers and bridges to care : voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 166-172
- Garrett, S. B. et al. (2008). Homeless youths perceptions of services and transitions to stable housing. *Evaluation Program Planning*, 31, 436-444
- Hudson, A., Nyamathi, A. & Sweat, J. (2008). Homeless youths' interpersonal perspectives of health care providers. *Issues in mental health Nursing*, 29, 1277-1289
- Hudson, A. et al. (2010). Health-seeking challenges among homeless youth. *Nursing Research*, 59, 212-218
- Kurtz, D., Lindsey, E., Jarvis, S. & Nackerud, L. (2000). How runaway and homeless youth navigate troubled waters : the role of formal and informal helpers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17 :5, 381-402

- Nyamathi, A. et al. (2007). Drug use and barriers to and facilitators of drug treatment for homeless youth. *Patient Preferences and Adherence*, 1, 1-8
- Rew, L. (2002). Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents. *Nursing Research*, 51, 168-174
- Thompson, S.J., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L. & Flynn, P. (2006). Insights from the street : Perceptions of services and providers by homeless young adults. *Evaluation and Program Planning*, 29, 34-43

9.3. Documents électroniques, sites WEB

- Agence de la santé publique du Canada (2008) *Les jeunes de la rue au Canada* [Page WEB]. Accès : www.publichealth.gc.ca/sti [Page consultée le 22 mai 2012]
- Association canadienne de santé publique (2010). *La pratique infirmière en santé publique – en santé communautaire au Canada*. [Page WEB]. Accès : www.cpha.ca/uploads/pubs/3-2bk04214.pdf [Page consultée le 26 mai 2012]
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *Les principes de soins de santé primaire*. [Page WEB]. Accès : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/FS02_Primary_Health_Care_Approach_June_2000_f.pdf [Page consultée le 26 mai 2012]
- Bélanger, J.-M. (2004). *Les jeunes de la rue de 16 et 17 ans à Sudbury : "Tombés entre les mailles du filet"* [Page WEB]. Accès : <http://www.erudit.org/revue/ref/2004/v10/n1-2/011845ar.html?vue=resume> [Page consultée le 21 mai 2012]

- Benz, F. & Mattern, R. (2004). *Etat de soins médicaux au Kosovo*. [Page WEB]. Accès : [www.fluechtlingshilfe.ch/pays-d-origine/europe/kosovo/kosovo-etat-des-soins-medicaux/at_download/file++Benz,+F.+%26+Mattern,+R.+\(2004\).+Etat+de+soins+médicaux+au+Kosovo.&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEESI H1q7hWZO-rz_CuaCRKFC8LpZ7lgzULSiEYYEqKsYlGI7etHPFpWjfu2Zi1imwz-5xZ-bkhoggP4ZwLULznhwivKbhDq19U9fWWvkUrDfe6WITk9UnMRdU82keh9LKZ6xBsK3t&sig=AHIEtbR0zk05QZN7pl6EapK1ScmxDV5lgw](http://www.fluechtlingshilfe.ch/pays-d-origine/europe/kosovo/kosovo-etat-des-soins-medicaux/at_download/file++Benz,+F.+%26+Mattern,+R.+(2004).+Etat+de+soins+médicaux+au+Kosovo.&hl=fr&gl=ch&pid=bl&srcid=ADGEESI H1q7hWZO-rz_CuaCRKFC8LpZ7lgzULSiEYYEqKsYlGI7etHPFpWjfu2Zi1imwz-5xZ-bkhoggP4ZwLULznhwivKbhDq19U9fWWvkUrDfe6WITk9UnMRdU82keh9LKZ6xBsK3t&sig=AHIEtbR0zk05QZN7pl6EapK1ScmxDV5lgw) [Page consultée le 21 mai 2012]
- Bonnet, P. (2007). *Le concept d'accessibilité dans le système de santé*. [Page WEB]. Accès : http://epe.cirad.fr/fr/doc/accessibilite_soins.pdf [Page consultée le 17 mai 2012]
- Calnan, R. & Lemire Rodger, G. (2002). *Soins de santé primaires : une nouvelle approche à l'égard de la réforme des soins de santé*. [Page WEB]. Accès : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PHC_presentation_Kirby_6602_f.pdf [Page consultée le 31 mai 2012]
- Fabregas, B. (2011). *Accès et équité aux soins : de la théorie à la pratique*. [Page WEB]. Accès : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/acces-et-equite-aux-soins-de-la-theorie-a-la-pratique.html> [Page consultée le 1 juin 2012]
- Haley, N. (s.d). *Health problems of street youth, from research to action*. [Page WEB]. Accès : <http://www.endhomelessnessottawa.ca/events/documents/HealthProble>

msofMontrealStreetYouth-NancyHaley.pdf [Page consultée le 17 mai 2011]

- Infirmiers de rue (s.d). *Mode d'action de l'infirmière de rue* [Page WEB]. Accès :
http://www.infirmiersderue.be/fileadmin/WebFiles/Fichiers_pdf/Mode_d_action_d_Infirmiers_de_rue.pdf [Page consultée le 17 mai 2011]
- Josse, E. (2006). *Les enfants des rues, l'enfer du décor*. [Page WEB]. Accès : www.resilience.psy.com/spip.php?article1 [Page consultée le 4 avril 2011]
- La documentation française (2002). *L'accès aux soins et la qualité du système de santé*. [Page WEB]. Accès :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/acces-soins.shtml>. [Page consultée le 28 mai 2012]
- UNICEF. (2008). *Les enfants des rues*. [Page WEB]. Accès :
<http://www.droitsenfant.com/rue.htm> [Page consultée le 16 mai 2011]
- Samusocial Sénégal, *Les enfants de la rue de Dakar ; la suradaptation paradoxale* [Page WEB]. Accès : <http://samusocial-senegal.blogspot.com/2007/10/lenfant-dans-la-rue-dakar.html> [Page consultée le 17 mai 2011]
- Turcotte, D., Damant, D. & Lindsay, J. (1995). *Pour une compréhension de la démarche d'aide des conjoints violents* [Page WEB]. Accès :
<http://id.erudit.org/iderudit/706694ar> [Page consultée le 31 mai 2012].
- OCDE (2004). *Santé et pauvreté dans les pays en développement – les grandes lignes d'action*. [Page WEB]. Accès : www.oecd.org [Page consultée le 31 mai 2012]

- OMS (2007). *Aide mémoire*. [Page WEB]. Accès : www.who.int/fr [Page consultée le 31 mai 2012]
- OMS (1999). *Glossaire de promotion de la santé*. [Page WEB]. Accès : www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf [Page consultée le 31 mai 2012]
- Phaneuf, M. (2010). *Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers*. [Page WEB]. Accès : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Quelques_reperes_pour_evaluer_attitudes_et_comportements_en_soins_infirmiers.pdf [Page consultée le 01 juin 2012]

9.4. Polycopiés

- Déchanez, N. (2012). *Empowerment*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé

9.5. Courrier électronique

- Boruvka, J. Demande de statistique sur les sans abris âgés de 18 à 25 ans en Suisse. (2012, 19 juin). [Courrier électronique à l'office fédéral de la statistique], [En ligne]. jan.Boruvka@bfs.admin.ch

10. Annexes

10.1. Annexe 1 : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, en respectant les règles et les normes de l'école. Les références utilisées par l'auteure sont nommées et clairement identifiées selon les directives. »

Laetitia Buache-Bez

10.2. Annexe 2 : Grille d'analyse de recherche scientifiques vierge

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? -Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ? -La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ? -Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la				

	discipline infirmière ?				
--	-------------------------	--	--	--	--

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

10.3. Annexe 3 : Grille de synthèse des recherches sélectionnées

Auteurs	Année	Pays	Devis	Ethique	Objectifs	Echantillons
Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond	2006	AUSTRALIE	Qualitatif, méthode interviews individuels	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu, respect de la confidentialité	Cet article présente les différentes barrières perçues par les jeunes de la rue pour accéder aux soins, ainsi que les aspects positifs qui favorisent l'accès aux soins; comme certaines attitudes attendues des soignants.	10 jeunes de la rue âgés de 16 à 24 ans
Ensign & Panke	2001	USA	Qualitatif descriptif utilisant une méthode ethnographique	Approuvé par un comité éthique, respect de la confidentialité	Cet article présente les différents comportements de demande d'aide, les sources de conseils et l'accès aux soins de cette population.	20 jeunes femmes de la rue âgées de 14 à 23 ans
Nyamathi, Hudson, Mutere, Christiani, Sweat, Nyamathi & Broms	2007	USA	Qualitatif, méthode de focus group	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu, respect de la confidentialité	Cet article présente les différentes barrières et les éléments facilitant à l'adhérence aux soins. Il met aussi en évidence diverses stratégies que les soignants peuvent utiliser afin d'encourager les jeunes à adhérer aux soins.	54 jeunes de la rue (n=37 hommes, n=17 femmes) âgés de 18 à 25 ans*
Hudson, Nymathi & Sweat	2008	USA	Qualitatif, méthode de focus group et un guide d'entretien semi-structuré	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu, respect de la confidentialité	Cet article présente les barrières à l'accès aux soins et les éléments facilitant la construction d'un lien thérapeutique	54 jeunes de la rue (n=37 hommes, n=17 femmes) âgés de 18 à 25 ans*
Collins & Barker	2009	Royaume-Uni, UE	Qualitatif, méthode interviews individuels	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu, respect de la confidentialité	Cet article présente les perceptions des jeunes de la rue au sujet de leurs difficultés psychologiques, des éléments facilitant les barrières à demander de l'aide	16 jeunes de la rue (femmes, n=7; hommes, n=9) âgés de 17 à 21 ans

Ensign	2004	USA	Qualitatif descriptif utilisant une méthode ethnographique (avec focus group, interviews semi-structurés, et interviews individuels)	Approuvé par un comité éthique, consentement oral obtenu	Cet article présente différents éléments décrits par les jeunes de la rue au sujet de la qualité de soins.	pour les focus groups: 15 jeunes de la rue âgés de 16 à 23 ans (gars et filles), pour les interviews semi-structurés: 30 jeunes de la rue, âgés de 12 à 23 ans, pour les interviews individuels: 2 jeunes de la rue (n=1, femme; n=1, homme), âgés de 25 ans environ.
Thompson, McManus, Lantry, Windsor, Flynn	2006	USA	Qualitatif, méthode de focus group	consentement écrit obtenu, respect de la confidentialité	Cet article met en évidence les perceptions des jeunes de la rue à l'égard des services de santé et des soignants.	60 jeunes de la rue (n=28, femmes; n=31, hommes), âgés de 16 à 24 ans
Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat	2008	USA	Qualitatif, méthode de focus group et un guide d'entretien semi-structuré	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu	Cet article présente les attitudes que les jeunes de la rue identifient comme élément facilitant l'accès aux soins, ainsi que les éléments perçus comme barrières à l'accès aux soins.	54 jeunes de la rue (n=37 hommes, n=17 femmes) âgés de 18 à 25 ans*
Hudson, Nyamathi, Greengold, Slagle, Koniak-Griffin, Khalilifard & Getzoff	2010	USA	Qualitatif, méthode de focus group et un guide d'entretien semi-structuré	Approuvé par un comité éthique, consentement écrit obtenu	Cet article met en évidence les barrières et les facilitateurs perçus par les jeunes de la rue pour demander de l'aide.	24 jeune de la rue, âgés de 18 à 25 ans (75% hommes, 25% femmes), consommant de la drogue.
Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud	2000	USA	Qualitatif, méthode de focus group et interviews semi-structurés	Respect de la confidentialité, consentement libre et éclairé	Cet article a identifié le rôle des aidants informels ou formels auprès des jeunes de la rue et les éléments les caractérisants.	12 anciens jeunes de la rue (n=3, hommes; n=9, femmes), âgés de 18 à 25 ans

10.4. Annexe 4 : Grilles d'analyse des recherches sélectionnées

	Recherche 1
Titre	Engagement with health and social care services : perceptions of homeless young people with mental health problems
Auteurs	Darbyshire, P., Muir-Cochrane, E., Fereday, J., Jureidini, J. & Drummond, A.
Journal	Health and Social Care in the Community 14(6), 553-562
Année publication	2006
Pays	Australie
But et Question de la recherche Hypothèse	Explorer les expériences personnelles liées à la santé mentale et au bien-être des jeunes de la rue, ainsi que les expériences des jeunes avec les professionnels du domaine de la santé et du social.
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Santé mentale Perceptions de la santé et des soignants Jeunes en situation de rue Accès aux soins
Devis & Aspects éthiques	Le comité d'éthique de l'hôpital et de l'université respectifs a donné son accord pour l'étude. Un consentement écrit a été obtenu auprès des participants avant chaque interview. Les participants ont été avertis qu'ils pouvaient arrêter en tout temps leur participation à l'étude et qu'ils n'étaient pas obligé de répondre à toutes les questions. Une contibution de 20 AU\$ a été donnée à chaque participant. Il s'agit d'un devis qualitatif
Echantillon de population	10 jeunes de la rue âgés de 16 à 24 ans (7 femmes et 3 hommes) Critères d'inclusion : être en situation de rue, avoir une expérience de trouble de santé mentale, parler anglais et être volontaire à participer à cette étude
Introduction	Le phénomène des jeunes de la rue est grandissant en Australie, tout comme dans le monde entier. 46% des personnes en situation de rue en Australie en 2001, avaient moins de 25 ans. Les jeunes de 12-18 ans présentaient 26% de la totalité des personnes dans la rue (Chamberlain & MacKenzie, 2003, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006). Les jeunes de la rue expérimentent des désavantages considérables au niveau de leur santé ; ils sont à risques pour des problèmes de santé comme des maladies respiratoires, l'hépatite B et C, des maladies psychiques (Chung & Tersoriero, 1997, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006). Une étude australienne effectuée sur 210 personne de la rues âgés de 17 à 87 ans (Hodder et al., 1998 cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) a relevé que 75% de cet échantillon de

	<p>population présentait au minimum un trouble psychique.</p> <p>La prévalence élevée de troubles psychiques auprès des jeunes de la rue met en évidence l'importance d'offrir des soins accessibles, acceptables et appropriés à cette population (Clark & George, 1993, p.28, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>Toutefois il est difficile d'impliquer les jeunes dans les traitements. En effet, les jeunes de la rue s'engagent peu dans un traitement de santé mentale ou l'arrêtent précocement.</p> <p>Une personne qui est en situation de rue depuis moins d'une année à plus de probabilité de suivre un traitement de manière régulière (O'Toole et al, 1999, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>Des structures de santé et des structures sociales ont été développés, au niveau mondial, pour aider les jeunes de la rue à traiter leurs troubles psychiques.</p> <p>Ces services de soins mobiles sont souvent composé d'infirmières en santé mentale et en santé communautaire (Woord et al, 2001, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), intégrant des services multiples (Randolph et al, 2002, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) et l'intégration de personnel ayant de l'expérience avec cette population et ce genre de problèmes (Buck et al, 2004, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>Toutefois, l'évaluation des structures mises en place a montré que les nouvelles initiatives ne rencontrent pas forcément les besoins des clients (Goldmann et al, 2002, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), et qu'il existe des différences réelles entre les priorités de la population et les structures mises en place (Rosenheck & Lam, 1997, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>La pratique des équipes travaillant auprès des jeunes de la rue doit être plus axée sur les besoins des jeunes de la rue expérimentant des troubles de la santé mentale. Il est de ce fait important, que les expériences des jeunes et leurs avis puissent être exprimés et entendus.</p>
Méthodologie	<p>Un chercheur expérimenté dans les études qualitatives et/ou une infirmière en santé mentale, spécialisée en adolescence, ont conduits les interviews individuels qui duraient environ 1h et étaient enregistrés avec le consentement des participants, puis retranscrits mots pour mots.</p> <p>Les intervieweurs ont questionnés les participants avec des questions ouvertes, des questions spécifiques et encourageaient les jeunes à décrire et discuter leurs expériences et solutions en relation avec leur situation de rue et leurs problèmes de santé mentale.</p> <p>Dans un premier temps, il leur a été demandé de décrire leur histoire ; comment ils se sont trouvés dans la rue. Puis leur relation aux structures de santé a été discutée.</p>
Résultats	<p>Barrières : Divers problèmes particuliers ont été perçus comme détrimants à l'utilisation de services de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - La stigmatisation <p>Alors que les participants font déjà partis d'un groupe perçu comme vulnérable, les problèmes de santé mentale qu'ils peuvent avoir augmente la stigmatisation de ces jeunes. Les jeunes décrivent être stigmatisé dans la société de « perturbateur », de « psychotique » ou encore de « schizo » ; « mon diagnostics était ; une psychose induite par consommation de drogue. Et j'ai trouvé cela très pathétique car je ne l'étais pas, j'étais traumatisé, j'ai eu des comportements de psychotiques à cause de ce qui m'est arrivé ; j'ai été frappé, on m'a enfermé dans une maison et essayé de tuer par diverses manières. »</p>

La stigmatisation est un énorme complexe qui a aussi de l'influence sur les traitements et les soins proposés. La stigmatisation peut être positive et précieuse si le stigma amène à un traitement ou à des soins nécessaires. Toutefois, les perceptions de la stigmatisation des jeunes étaient plutôt négatives ; ils se sentaient catégorisés par une constellation de symptômes et de comportements :

« comme à chaque fois, ils ont fait une liste de tous mes problèmes, comme la schizophrénie catatonique, la schizophrénie paranoïque, la schizophrénie, les crises, la dépression, les éclats de violence, les comportements psychotiques et tout le reste... »

Il est connu qu'une telle stigmatisation peut influencer les perceptions et réactions des autres, y compris les prestataires de soins. Les jeunes trouvent aussi que la stigmatisation est un raccourci utilisé pour comprendre les problèmes et solutions ;

« je pense qu'ils essaient juste de nous stigmatisés, tu sais, le plus vite possible, car plus vite on est stigmatisé, plus vite on reçoit des médicaments, plus vite on sort d'ici ».

- la « tentative » d'évaluation

Les expériences d'évaluation de la santé mentale que les jeunes ont vécues ont plus souvent contribué à être sommairement stigmatisés et non attentivement évalués.

Les jeunes ayant eu une évaluation médicale/psychologique ou psychiatrique ont insinué que les procédures étaient hâtives et offraient peu de place à la discussion et à leur implication dans ce processus.

« je n'aime pas trop les médecins, car ils viennent une fois par semaine et lorsqu'ils te voient ils te disent « non, vous n'êtes pas prêts pour nous quitter », puis ils s'en vont ».

- le manque d'explication

les participants ont reportés s'être sentis vulnérables et apeurés à l'hôpital. Le manque d'explications reçues a seulement augmenté leurs craintes et provoqué des comportements imprévisibles. Une participante a décrit avoir reçu l'information qu'elle allait être transférée dans un hôpital psychiatrique sans plus d'informations. Elle décrit : « je suis partie, je me suis échappée, j'ai courru au travers de la ville avec mon tshirt troué, mon short troué, sans chaussures, sans soutien-gorge. Ça m'étais égal, je ne voulais pas aller là-bas surtout à cause des histoires que j'avais entendues ».

- le manque de contrôle personnel

Le fort sentiment de n'avoir que peu de contrôle sur leurs traitements ainsi que leurs projets futurs est un problème commun pour ces jeunes. Il est difficile d'être influencé dans son monde lorsque les actions banales sont déjà un grand challenge. Comment va-t-on du service A au service B de l'autre côté de la ville sans argent pour payer le bus ? A qui demandes-tu de l'aide alors que tu n'as pas de famille ? Comment arrives-tu à percevoir le meilleur de ta consultation/ ton rendez-vous, alors que tu as pu dormir avec tes habits et tu n'as pas eu accès à une douche, ni aux toilettes ?

- service public vs privé

Deux jeunes participants à l'étude étaient encore couverts par l'assurance maladie privée de leurs parents. Ils ont donc pu expérimenter des

soins de santé mentale en milieux privés et publics. Ces expériences mettent en évidence des différences significatives entre les attitudes et approches de ces deux prestataires de soins. Malheureusement, les expériences en milieu public étaient souvent plus négatives et caractérisées par une mauvaise alimentation, une équipe soignante débordée qui semblait autoritaire, dédaigneuse et qui n'avait « pas de temps » ou « aucune idée de ce qui se passait ». Il n'y avait aussi pas d'accès à des activités récréatives.

- la coordination entre les services

Plusieurs services décrits par les jeunes semblaient dispersés et fragmentés ; une visite résultait souvent à un renvoi à divers autres services. La frustration associée à cette situation n'était pas seulement liée au fait de devoir faire avec les contraintes logistiques telles que le temps et le transport, mais aussi liée au fait de devoir à nouveau raconter encore et encore son histoire à chaque place visitée.

Les jeunes décrivent avoir appris l'existence des services de santé par le biais d'autres personnes dans la rue ou par une organisation. Ils pensent que plus de publicité pourrait être effectuée par plus de tracts, des brochures accessibles dans les services communautaires (tels que les offices de sécurité sociale, les cabinets de médecins) afin d'améliorer les connaissances des jeunes de ces services.

Facilitateurs : Aspects positifs des soins qui améliorent l'engagement dans les soins

Le respect et la confiance sont deux éléments clés qui favorisent la construction d'un lien thérapeutique entre les jeunes de la rue et les soignants. La confiance a souvent été soulevée comme étant extrêmement difficile à favoriser ; cela est dû aux conséquences de divers abus que les jeunes ont subis.

Ces divers critères indentifiés par les jeunes aident à l'engagement du jeune au sein d'un service de soins :

- « j'avais le sentiment de compté pour quelqu'un »

« vous pensez que cette mauvais période va toujours continuer et ne jamais s'arrêter. Lorsque quelqu'un, un adulte, tu sais, commence à montrer de l'intérêt et prendre soin de toi et tu te sens en sécurité auprès de cette personne, c'est le début pour moi ».

- l'écoute

Il est difficile de maintenir un sens cohérent de soi-même et de son amour propre, lorsque d'autres dans le monde sont dédaigneux ou inintéressés à votre personne ; « je me sentais en sécurité auprès d'elle simplement par la manière dont elle me parlait, et comme, tu sais, elle ne m'a pas poussé, en posant des questions ou autre chose, elle me laissait simplement parler. Ou si je ne voulais rien dire, il n'y avait pas de soucis, tu sais, et elle, je pense, pouvait tout voir au travers de ma souffrance », « je pense que tu as vraiment besoin de t'entendre avec ton médecin ou tes personnes de soutien ou qui que ce soit, et je pense qu'ils doivent être honnêtes en retour »

- avoir une approche non jugeante

Etre en situation de rue, être consommateur de drogues illicites ou avoir des problèmes de santé mentale ne sont pas des états de situation neutres, sans valeurs. Il s'agit d'expériences stigmatisantes. Se sentir examinés ou jugés par les autres est une expérience commune et elle détériore souvent les contacts des participants aux services de soins. Des attitudes jugeantes par des professionnels des services de soins

	<p>ont fréquemment été décrites. Par exemple, lorsque les participants ont été questionnés au sujet de leur consommation d'alcool, ceci devient souvent la cause première des diagnostics de santé mentale, avant que d'autres problèmes psychiques pouvant être la cause de leur demande de soins soient évalués.</p> <p>Au contraire, les expériences des jeunes, lorsqu'ils n'ont pas été jugés, est positive. Ces expériences-ci sont reliés à des attitudes des professionnels de la santé et démontrés dans leur manière d'être en relation avec ces jeunes.</p>
Discussion	<p>La discussion met en évidence les types de soins encourageant l'accès des jeunes aux soins ;</p> <p>Les personnes en situation de rue ont de multiples besoins, incluant le logement, une assistance financière, des soins de santé et un soutien social. L'accès aux services de santé n'est pas perçu par la majorité des jeunes comme solution majeure à leurs divers problèmes.</p> <p>Les jeunes participants à cette étude ne semblent pas présenter de difficultés particulières à accéder aux soins, mais l'accessibilité de ces services de soins et leur sensibilité aux besoins de la population, c'est une autre question.</p> <p>Les jeunes évoquent faire des visites fréquentes aux services d'urgence durant des périodes de crises. Ces expériences étaient souvent négatives. Ils ont ressentis de la stigmatisation à leur égard ainsi qu'un sentiment de non bienvenu.</p> <p>Tout comme d'autres recherches l'ont présenté (Clark & George, 1993, Kushel et al. 2001, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), plusieurs gens vivant dans la rue ont tendance à visiter les services de santé d'urgence et de crises pour des problèmes de santé. Ces types de services ne sont pas aptes à prodiguer une attention adéquate à des problématiques sur un plus long terme.</p> <p>Klein et al. (2001, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) a trouvé que les jeunes vivant dans des foyers de rue et ayant accès à des services de santé primaire aux USA, utilisaient moins fréquemment des services d'urgence.</p> <p>Les thèmes centraux :</p> <p>La confiance et le respect entre jeunes et les prestataires des soins ; Ulager et al (2005 cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006) a mis en avant dans son étude l'importance de l'honnêteté, de respect, du comportement non jugeant et du respect de la vie privée comme élément important dans la relations aux jeunes de la rue</p> <p>Pour les jeunes, il est difficile de « s'ouvrir » et partager aux divers intervenants lors de visites de plusieurs services de santé leurs vécus</p> <p>L'établissement de la confiance et du respect s'effectuait lors de la première rencontre avec un soignant.</p> <p>Le jeune ne va pas seulement continuer de garder le lien avec le soignant que pour son traitement de la maladie, car l'interaction avec le soignant permet aussi au jeune de l'aider à construire des sentiments d'amour propre et développer la confiance en autrui.</p> <p>Selon Levy et O'Connell (2004, cité par Darbyshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006), dès que le lien est établi entre le jeune et le soignant, divers problèmes physiques, mentaux ou sociaux sont souvent révélés.</p> <p>Dès que le lien est établi entre le jeune et le soignant, il est possible d'assister le jeune à commencer à prendre des responsabilités pour ces besoins de santé actuels, ceci diminuant la demande pour des soins de santé tertiaire sur le plus long terme.</p> <p>Un challenge pour les soignants : établir un niveau d'engagement significatif avec les jeunes de la rue qui permet de favoriser des initiatives auto-assistance et le sentiment d'avoir de la valeur. (Thompson et al., 2006, cité par Darbshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>Former les professionnels à la compréhension des besoins des personnes en situation de rue permettrait de diminuer les attitudes</p>

	<p>jugeantes (Kidd, 2003, cité par Darbshire, Muir-Cochrane, Fereday, Jureidini & Drummond, 2006).</p> <p>Les jeunes souhaitent être soigné par des attitudes ne reflétant pas des prejudices négatifs, mais avec respect, acceptance et authenticité.</p> <p>Les jeunes désirent être impliqués dans le processus de décision à l'égard de leur propre santé</p> <p>Aider les jeunes à construire leur estime en soi, la confiance en soi</p>
Conclusion	<p>Les jeunes qui ont participés à la recherches vivent dans la rue et ont des problèmes de santé mentale</p> <p>Les expériences positives et négatives des services de santé sont plus ou moins similaires à d'autres expériences vécues par des adolescents avec des maladies psychiques qui ne sont pas de la rue</p> <p>Le thème principal : la valeur de la relation clinique basée sur la compréhension et le soutien</p> <p>Les jeunes ont besoin d'informations spécifiques, claires au sujet de thématiques liées à la santé et au social</p> <p>Ils apprécient ne pas devoir se déplacer 3-4 fois dans d'autres services et apprécient les services où ils peuvent dormir, rencontrer des gens, avoir accès aux soins</p>
Limites	<p>L'étude a été effectuée sur un groupe de population assez faible ; il ne faut donc pas généraliser les résultats à tous les jeunes de la rue ayant des troubles de la santé mentale</p> <p>Les interviews individuels ne permettent pas de percevoir une évolution des points de vue sur un long terme</p>

	Recherche 2
Titre	Barriers and Bridges to care : voices of homeless female adolescents youth in Seattle, Washington, USA
Auteurs	Ensign, J. & Panke, A.
Journal	Journal of Advanced Nursing 37(2), 116-172
Année publication	2001
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Evaluer les comportements d'appel à l'aide (help-seeking), les sources de conseils, l'accès au soins des jeunes femmes adolescentes en situation de rue
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Accès aux soins Jeunes femmes adolescentes en situation de rue Demande d'aide
Devis & Aspects éthiques	Recherche approuvée par le comité de recherches humaines de l'université de Washington Etude descriptive utilisant une méthode ethnographique qualitative par focus group et entretiens semi-structurés
Echantillon de population	20 jeunes femmes âgées de 14 à 23 ans (SD=18.2ans) vivant dans la rue. Seuls les participants se disant de la rue depuis minimum 12 mois ont été admis dans l'étude.
Méthodologie	Setting : cette étude a été conduite au sein d'une clinique de santé communautaire pour les jeunes à Seattle, USA. La clinique est ouverte 2 soirs par semaine. Elle offre des traitements allopathiques, naturopathiques, des traitements de santé mental ainsi que des conseils au niveau du HIV et de l'abus de substance. Durant l'année de l'étude (1996), la clinique a servis à une total de 930 jeunes, 51% de femmes. Les données ont été collectées par l'une des deux infirmières chercheuses experts dans les soins et l'éducation auprès de cette population. La collecte de données était composée d'interviews semi-structurés et de focus group. Les thèmes des interviews sont les suivants : les sources de conseils, les demandes d'aide Les personnes interviewés ont reçus une indemnité de 5\$, et les participants aux focus group 10\$. Après que les interviews aient été retranscrits et analysés, des focus group ont été mis sur pied afin d'approfondir les thèmes identifiés. 3 focus group ont été conduits, avec un groupe de 6 jeunes adolescentes recrutés par les interviews. La moyenne d'âge du groupe était de 20 ans (16-23 ans). Les interviews et focus group ont été enregistrés en prenant soin de préserver l'anonymat des jeunes.
Résultats et discussion	Résultats reportés par les 3 catégories suivantes : 1. sources de conseils il y avait une faible variation dans les réponses des jeunes femmes aux questions posées au sujet de leurs besoins et sources de

conseils. La plupart affirment demander conseil lorsqu'elles ont un problème de santé. La majorité déclarent premièrement demander conseil à une amie, une femme de son entourage (mère, grand-mère). D'autres disent se procurer les infos par des livres, en lisant des références médicales, ou en appelant une infirmière par consultation téléphonique.

Les jeunes ados relatent demander conseil à leurs amies si « elles traversent les mêmes choses que moi ». Elles restent toutefois septiques quant à la crédibilité des informations « qui sait où mes amies ont chercher leurs informations ».

Certaines jeunes affirment avoir toujours un contact avec leur mère, bien qu'elles soient dans la rue. Cela leur apporte un soutien.

Dans les focus group, il est ressorti que les jeunes préfèrent demander conseil à des femmes ; amies, parentés ou professionnelles.

2. la demande d'aide

La majorité des jeunes femmes relatent premièrement traiter leurs maux par elle-mêmes ; « si je ne me sens pas bien, je ne vais pas directement aller à la clinique. Je vais essayer de trouver ce que c'est, et j'attends un moment ».

Plusieurs jeunes ont soulevé avoir le désir que les professionnels de la santé prennent plus de temps pour leur apprendre des pratiques de santé pouvant être effectuées par soi-même (symptom management)

« Comme ça je sais et je n'ai pas besoin de perdre mon temps en allant chez le médecin lorsque je sais l'information et peut me soigner moi-même. Plusieurs fois les médecins se sont plaints au sujet des personnes qui venaient chez eux alors qu'ils pouvaient se soigner à la maison (...)».

Lorsque les femmes ont été questionnées sur leur choix de cesser les soins personnels et demandent des soins médicaux, elle évoquent à l'unanimité des sentiments comme cela :

« Je vais à la clinique lorsque je ne plus gérer normalement. Lorsque je ne peux plus gérer la vie quotidienne et ne suis plus performante dans mon travail. Lorsque ça affecte ma personnalité au point que je ne puisse plus le cacher. Ou lorsque ça devient insupportable et je ne peux plus le prendre car je suis tellement paranoïaque ou effrayée sur ce qui va se passer avec mon corps ».

Dans une discussion d'un focus group au sujet de la demande d'aide des jeunes ados de la rue, toutes reportent que les jeunes femmes de la rue vont habituellement à la clinique pour un problème de santé, ou comme solution restante lorsque les soins personnels n'ont pas suffits. Les jeunes ados de la rue évoquent que les garçons sont souvent plus hésitants à demander des soins dans une clinique :

« Les gars sont drôles, ils ne vont pas admettre qu'ils ont un problème. Ils vont plus garder les choses pour eux. Les gars, je sais, ne veulent jamais aller chez le médecin. Vous savez, quelqu'un va leur dire « il faut aller le médecin », et ils répondront « oh non, ça va ».

3. l'accès aux soins

Dans les interviews et les focus groups, les jeunes ados ont discutés de l'accès aux soins, de ce qui les approche ou les éloigne des soins. Les commentaires des ados ont été réparties entre 5 catégories :

a) Les solutions structurales du système de soins

	<p>Les jeunes ados ont soulevé préférer demander des soins dans une clinique spécifique pour les jeunes de la rue et jeunes à risques. Cependant il n'était pas toujours évident de trouver une clinique ouvert à tout moment. Pour les jeunes femmes, il y a diverses barrières à l'accès des hôpitaux et cliniques non spécifiques pour les sans-abris ; le besoin de donner une adresse, une carte d'identité, et les informations concernant l'assurance ou un moyen de paiement.</p> <p>b) Les solutions individuelles des jeunes femmes</p> <p>Plusieurs femmes relèvent que le fait d'être trop malade peut être une barrière au fait de demander de soins « lorsque tu as de la fièvre à 102°F, tu ne vas pas te balader dans le bus jusqu'à la clinique ». Les jeunes femmes relèvent que le manque d'argent pour financer les transports jusqu'à la clinique et le manque de transports sont aussi des barrières pour accéder aux soins. Elles ont aussi soulevé que le manque de soutien social à faire appel à des soins était une barrière commune. Avoir un ami, un partenaire qui vous accompagne à la clinique est une composante essentiel dans la demande de soins. Dans une discussion de focus group, les jeunes femmes ont exprimé que leur besoin de soutien social pour demander des soins semble être plus important que pour les gars qu'elles connaissent. Elle disent aussi qu'elles ont souvent besoin de soutien moral, et elles apprécient lorsque les professionnels des centres de santé leur donnent le choix d'avoir un(e) ami(e) qui les accompagne dans la salle d'examen médical.</p> <p>c) Les caractéristiques générales des cliniques</p> <p>Les jeunes relève que l'atmosphère générale des cliniques est souvent hostile « lorsqu'ils ne t'appellent pas par ton nom, tu es simplement un numéro... » ou accueillante « lorsque les gens se souviennent de ton nom lorsque tu arrive, et te traitent comme une personne ».</p> <p>Les jeunes apprécient ne pas être questionnées au sujet de leur carte d'identité ou preuve de leur nom légal. Les jeunes évoquent aussi préférer lorsque les professionnels interagissent avec eux dans une pièce séparée et non dans la salle d'attente, elles se sentent plus respectées dans leur intimité et sphère privée. Les jeunes disent aussi qu'elles ne souhaitent pas remplir trop de fiches administratives lorsqu'elles demandent des soins « Les formalités sont trop impersonnelles. Je pense que s'ils veulent vraiment savoir quelque chose d'important, ils peuvent nous le demander en face ».</p> <p>Au sujet des thématiques de santé sexuelle ; « lorsque l'on est questionnées à ce sujet, il serait préférable que dossier soit posé un peu plus loin à quelque part, et qu'il ne soit pas rempli. Car c'est quelque chose duquel la plupart des femmes en parleraient plus volontiers s'ils promettent que ce ne sera écrit à quelque part. Ce sera dans ta tête, dans la mienne et nul part ailleurs ».</p> <p>d) Les caractéristiques des professionnels des centre de soins</p> <p>Les caractéristiques principales que les jeunes femmes attendent des soignant sont la confiance, le respect et le non-jugement. Plusieurs jeunes ont soulevés ne pas révéler certaines informations, car elles manquent de confiance en la capacité des soignants à garder des informations secrètes. Certaines jeunes ont exprimés ne pas se sentir respectées lorsque les soignants affirmaient qu'elles étaient sexuellement actives et ne les croyaient pas lorsqu'elles affirmaient le contraire.</p> <p>Les jeunes soulevaient aussi se sentir souvent forcées, par exemple : « Ils essaient de vous parler du vaccin contre l'hépatite B, ou ci ou</p>
--	--

	<p>ça. Je ne sais pas combien de fois je leur ai dit « je viendrais chez vous lorsque je serai prête ». C'est comme si tu dis « non » et ils ne peuvent pas prendre le ce « non » comme réponse. C'est comme s'ils vous disent « vous êtes sûrs ? ».</p> <p>Plusieurs jeunes femmes ont eu le sentiment d'avoir été mal soigner ; « J'ai ressentis plusieurs fois qu'ils me soignaient comme si j'étais stupide et ignorante, du coup ils ne t'expliquent rien. S'ils pouvaient au moins juste nous décrire et expliquer ce que c'est et ne pas nous traiter comme si l'on ne pouvait pas le comprendre, ce serait déjà mieux ».</p> <p>Les jeunes femmes désirent que les soignants leur montre du respect par rapport à leurs connaissances de leurs propres manières de se soigner. Dans un focus group, une jeunes femme un peu plus âgée à soulever : « (...) je pense que je fais attention à mon corps et à ma santé. Puis je vais dans une clinique, je parle à quelqu'un qui me dit que je ne sais rien, alors que souvent je connais mieux mes problème de santé spécifiques que quelqu'un d'autre. Cela ne me donne pas envie de revenir.</p> <p>Concernant des questions gynécologiques, les jeunes femmes disent préférer des soignants de genre féminin.</p> <p>Les jeunes soulèvent que leurs amies lesbiennes ou bisexuelles préfèrent avoir des soignants qui ne sont pas opposé à l'homosexualité. Car il est important que le soignant soit authentique et pas trop branché.</p> <p>Une jeune soulève que les soignants disant « je suis totalement ok avec l'homosexualité, que vous pouvez dire tout ce que vous voulez » sont perçus comme des personnes disant cela juste pour mettre en confiance les jeunes femmes.</p> <p>De manière générale, les jeunes femmes préfèrent des soignantes femmes, car elles se sentent plus proche. Cependant elle ne sont pas contre des hommes.</p> <p>e) Les solutions de communication</p> <p>Les deux barrières de communication entre soignant et jeune sont l'utilisation de termes médicaux et la transmission de conflicting advice et de diagnostiques. Voici un conseil principal de la part des jeunes pour les soignants ressortis lors des focus group: « shut up and listen »</p>
Conclusion	<p>Le fait que plusieurs jeunes femmes parlent de l'importance du soutien social pour demander des soins permet aux cliniques de soulever l'importance de cet aspect et ainsi le développer davantage.</p> <p>De ce fait, les salles d'attentes peuvent être plus adaptée afin que les amies des jeunes venant à la clinique puissent être accompagnés.</p> <p>Les soignants sont aussi appelés à proposer aux amis des jeunes de les accompagner dans la salle d'examination. Ceci peut être une bonne occasion non-formelle pour transmettre de conseils liés à la santé.</p> <p>Les soignants doivent être particulièrement sensibles au sentiment d'impuissance que les jeunes femmes de la rue travaillant dans le monde du sexe ainsi que les lesbiennes peuvent expérimenter. En effet, les jeunes filles travaillant dans le domaine du sexe, comme moyen de survie, ainsi que les jeunes filles homosexuelles, ont un risque plus élevé d'être victimes de relations de jeu de pouvoir. Elles peuvent se sentir psychologiquement inférieures dû à la stigmatisation de la société à l'égard de leur statut ou leur travail dans le domaine du sexe.</p> <p>Une bonne communication débute par l'écoute de l'histoire des jeunes dans une attitude de respect. Le soignant doit débiter en explorant les problèmes présents, ainsi que les stratégies pouvant améliorer la situation. Il est aussi important de dialoguer au sujet de la perception du jeune face à la santé, la maladie et les soins. L'objectif est de pouvoir aussi établir un plan de soins approprié avec des intervention adaptée aux forces et besoins du jeune.</p>

Limites	Cette recherche présente une population spécifique, d'une moyenne d'âge de 19 ans. Les résultats peuvent être bien différents auprès de femmes plus jeunes ou venant d'ailleurs.
Implication infirmières	<p>Les soignants doivent utiliser des compétences culturelles (la connaissance de soi et l'attention aux relations de pouvoir) et prendre en compte les feedback des jeunes femmes pour modifier leurs pratique.</p> <p>Connaissance de soi: être attentif qu'il existe des différences fondamentales entre les soignants et les jeunes de la rue. Les soignants ont besoin de reconnaître leurs croyances, opinions et réactions à l'égard de l'adolescence et la fait de vivre dans la rue. Les jeunes interviewées ont soulevé l'importance que les soignants comprennent leurs situations et croyances en dehors des stéréotypes négatifs sur les jeunes de la rue. La connaissance de soi peut aider les soignants à reconnaître et apprécié le style de vie, les croyances, les comportements d'adaptation des jeunes de la rue, plutôt que de les décrire comme « déviants ». Cela favorise une bonne communication, un respect mutuel, de la confiance et une atmosphère de non jugement.</p> <p>Les jeunes de la rue écoutent mieux les soignants se mettant à un niveau égal et non supérieur au jeune, qui montrent du respect, évite l'utilisation d'un jargon médical. Etre vigilant à l'égalité dans la relation favorise une bonne relation patient-soignant</p>

	Recherche 3
Titre	Drug use and barriers to and facilitators of drug treatment for homeless youth
Auteurs	Nyamathi, A., Hudson, A., Mutere, M., Christiani, A., Sweat, J., Nyamathi, K. & Broms, T.
Journal	Patient Preferences and Adherence
Année publication	2007
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	<p>Evaluer, d'après les jeunes fréquentant deux types de centre pour jeunes de la rue à Los Angeles, les barrières et les facilitateurs à l'adhérence à des soins préventifs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Explorer les facteurs pouvant prévenir ou motiver les jeunes de la rue à adhérer à un traitement de santé ou obtenir un bref service préventif 2) Stratégies que les soignants peuvent utiliser afin d'encourager les jeunes à adhérer à ces services
Cadre de référence / concepts / mots-clés	<p>Abus de substances</p> <p>Barrières et facilitateurs aux traitements, accès aux soins</p>
Devis & Aspects éthiques	<p>Qualitatif, focus group</p> <p>Etude approuvée par un comité d'éthique (institutional human subject protection comitee)</p> <p>Consentement demandé et reçu de la part des participants</p>
Echantillon de population	<p>Deux sites ont été sélectionnés pour recruter des participants. Le premier est un foyer d'accueil (drop-in center) typique, à Santa Monica, le second un foyer résidentiel pour jeunes à Hollywood.</p> <p>54 participants</p> <p>Critères d'inclusion : avoir entre 15 et 25 ans et consommer régulièrement ou depuis ces 6 derniers mois diverses substances.</p>
Introduction	<p>D'après les statistiques de l'Institut pour l'étude des personnes en situation de rue et vivant dans la pauvreté (2004, cité par Nyamathi et al., 2007), les études les plus récentes sur les jeunes vivant dans des foyers et ou dans la rue révèlent que près des ¾ rencontrent les critères cliniques de troubles d'abus de substances (drogue ou/et alcool) : 60% consomment des métaamphétamines, 41% héroïne, 1/3 consomment d'autres drogues. Les jeunes de la rue sont connus pour s'adapter à leur situation de vie par une consommation excessive d'alcool (National Coalition for the Homeless, 2006, cité par Nyamathi et al., 2007).</p> <p>Barrières et facilitateurs au traitement de sevrage</p> <p>Plusieurs défis existent auprès des jeunes de la rue pour adhérer à des traitements liés à leur consommation de substances illicites. Pour beaucoup de jeunes, l'abus de substance n'est pas perçu comme un problème, c'est pourquoi leur motivation à participer à un traitement est souvent faible (Slesnik et al. 2000, Clatts et al., 2005, Lennings et al., 2006, cité par Nyamathi et al., 2007). Souvent, les conflits familiaux, les abus de substance dans la famille, les abus physiques et sexuels sont la cause d'un abus de substance excessif. Bien que ces jeunes consomment des substances pour faire face à leur situation de vie chaotique et</p>

	<p>désordonnée, les soignants offrent souvent des conseils pour cesser la consommation d'alcool ou drogue sans une solution alternative efficace, cela est donc perçu comme une barrière au traitement. La durée de consommation de substances, le nombre de substances consommées, la pression des pairs sont aussi des éléments pouvant créer des défis pour les soignants pour offrir des traitements à succès pour ces jeunes (Rew et al. 2001, Roy et al. 2003, Slesnik & Prestopnik, 2005, cité par Nyamathi et al., 2007).</p> <p>Des facilitateurs aux traitements de drogues pour les jeunes de la rue existent aussi et ont du succès dans l'élimination et la réduction de l'abus de consommation. Les jeunes de la rue participant à un programme de traitement pour abus de substance, allant à l'école ou étant employés sont plus à même de cesser leurs injections de drogues (Steensma et al., 2005, cité par Nyamathi et al., 2007).</p> <p>La durée de leur statut de jeune en situation, le statut de groupe, le soutien familial sont des facteurs influençant l'acceptation des jeunes à adhérer à un traitement. Les jeunes qui sont nouveau dans la rue et sont dans la phase « d'initiation à la vie de la rue » (Adlaf & Zadnowicz, 1999, cité par Nyamathi et al., 2007) ou moins ancrés dans la culture de la rue (Carlson et al., 2006, cité par Nyamathi et al., 2007) sont plus à même d'accepter des interventions. Les interventions axées sur la consommation abusive de substance ainsi que sur les troubles de la santé mentale et effectuée au début de la vie de rue des jeunes sont beaucoup plus efficaces (Rosenthal et al. 2007 par Nyamathi et al., 2007). L'entretien motivationnel était aussi une stratégie qui a porté ses fruits auprès des jeunes de la rue consommant des substances (Peterson et al., 2006 cité par Nyamathi et al., 2007).</p>
Méthodologie	<p>Au total, 6 focus groups ont été conduits sur 4 jours et avec 5 à 10 participants par groupe.</p> <p>Après que le consentement ait été donné, des infos au sujet de leur consommation de drogues ont été obtenues, suivi des sessions de focus group.</p> <p>Chaque focus group a été enregistré. Des notes par rapport à la communication non verbale et d'autres observations ont aussi été notées. Un questionnaire socio-démographique a été rempli après chaque focus group. Les jeunes ont aussi été rémunéré de leur participation à l'étude.</p>
Résultats	<p><u>Socio-démographique :</u></p> <p>Age : entre 18 et 25 ans, moyenne d'âge 20,5 ans.</p> <p>Ethnies : afro-américains (n=24), hispano-américains (n=12), américains (n=2), asiatique (n=1), se considérant comme « autre » (n=2).</p> <p>Hommes (n=37), femmes (n=17). Tous ne vivaient a part de leur famille, amis (émancipés) et étaient financièrement indépendant de leur famille.</p> <p><u>Types de substances :</u></p> <p>marijuana et cristal methamphétamine sont les 2 substances les plus courantes, suivi à des degrés variables par l'alcool, la cocaïne, les champignons, l'héroïne, le crack, la PCP, la ketamine, le GHB et des autres. La consommation de plusieurs drogues était fréquente (ex : marijuana et cristal).</p> <p>Un jeune ayant eu des injections de drogues dans le passé, etime que 60% des consommateurs de methampétamine font des</p>

injections alors que les 40% restant sniffent ou fument la drogue.

Raisons de la consommation abusive de substance :

D'après plusieurs jeunes la consommation de substance est perçue comme un choix. Les raisons peuvent être : le plaisir et la détente, une thérapie contre la dépression, un moyen d'évitement des relations ou des souvenirs difficiles, une aide à la socialisation, une dépendance chimique ou une auto médication, une diminution de la douleur et d'autres perceptions bénéfiques.

Les raisons de ne pas adhérer à un programme de traitement lié à la consommation abusive - barrières:

D'après les jeunes :

- certains n'ont pas d'aide externe pour cesser la consommation de drogue
- un jeune se disant « né addict » par la consommation de substances de sa mère, soulève qu'il n'est pas possible de cesser par soi même
- demander de l'aide peut être un signe de faiblesse
- certains étaient apeurés de demander de l'aide car ne savaient pas à qui s'adresser
- « Je n'ai jamais eu de traitement car... ça dépend si tu veux et pas si quelqu'un veut pour toi... donc si tu as envie d'arrêter, tu vas arrêter et tu n'auras pas besoin de l'aide de quelqu'un. Si tu as besoin de l'aide de quelqu'un, c'est que tu n'es pas sûr si tu veux arrêter... »
- certains n'osent pas demander de l'aider pour réduire ou stopper la consommation, à cause de l'image qu'ils veulent maintenir avec les pairs du groupe

Les éléments facilitant l'adhérence au traitement ou l'abandon l'abus de substance :

1. Décision personnelle de stopper la consommation de drogues

2. L'engagement dans des activités physiques ou créatives pour les encourager

Certaines jeunes soulèvent avoir besoin d'une figure autoritaire leur demandant de stopper leur consommation. Et à la place de consommer des drogues lorsqu'ils sont anxieux ou ont besoin d'un soutien émotionnel, ils devraient s'engager dans des activités physiques, du sport ou des activités créatives leur permettant de combler leurs besoin par autre chose que la drogue.

3. Une écoute non jugeante pour assister à la résolution de problèmes

Une écoute non jugeante, plutôt empathique et et les responsabilisant étaient perçus comme aidant. « Une oreille... quelqu'un à écouter. Ne résous pas mes problèmes, écoute seulement. C'est tout ce dont j'ai besoin. J'ai besoin de quelqu'un qui sera comme ça « ok et qu'est-ce que tu veux faire ? Tu vas continuer cette merde ? » ». D'autres participants soulèvent que l'écoute est une clé à la résolution des problèmes. Une jeune fille soulève que les thérapeutes sont payés pour écouter, ils ne sont donc pas perçus comme « true listeners ». Une autre évoque que les « thérapeutes te manipulent afin que tu dises des choses qu'ils ont envie d'entendre ». Cette jeune préférerait avoir quelqu'un de proche qui l'écoute.

4. S'éloigner de son environnement

Quitter l'environnement dans lequel on a consommé afin de stopper la consommation a fonctionné pour une participante. Un autre soulève que le seul moyen pour sortir du cercle vicieux de la drogue est de quitter la ville et partir à quelque part où il n'est jamais allé. Il sera ainsi trop timide pour approcher quelqu'un de la ville pour avoir un peu de drogue.

5. Honte personnelle, ou douleurs de la famille, des amis comme résultat de la consommation

La honte de soi et la peine de la famille a encouragé une jeune à stopper les méthamphétamines. Un autre gars évoque que lorsque la consommation de drogue blesse quelqu'un de l'entourage, c'est une motivation pour stopper. Pour les femmes, un bébé était source d'inspiration pour cesser de consommer. Grandir avec des parents héroïnomanes allant en détox a influencé le choix d'une fille à ne plus consommer de drogues.

6. Rencontre des Narcotiques Anonymes (Narcotics Anonymous)

Les rencontres des narcotiques anonymes ont été approuvées comme facilitateurs pour certaines jeunes car toutes les personnes (perçues comme paires) qui participent à ces rencontres étaient ou sont encore dépendantes. Ces personnes viennent souvent du même lieu de vie et ont les mêmes difficultés à se détacher de leur consommation. « Je ne veux pas parler à un ancien dépendant. Je veux parler à quelqu'un qui vit les mêmes choses que moi, ou qui les a déjà achevées ».

7. Se rendre compte de la situation, comme une révélation, « épiphanie »

8. Traitement exigé par la justice

« Je vais au traitement car la cour m'a demandé de le faire et je n'ai pas envie d'aller en prison... Mais je suis clean depuis un certain temps donc peut importe c'est bien ». Un jeune devant faire 6 mois de réhabilitation, s'exprime « je ne vais pas cesser à moins que je le veuille. Personne ne peut me forcer à arrêter ».

9. Les effets négatifs de la drogue

Les effets négatifs de la drogue sont aussi considéré comme éléments aidant à arrêter la consommation. Certaines jeunes ont exprimé avoir arrêté une consommation à cause des effets (inconfort, abcès, goût dégoûtant, hallucinations, paranoïa).

10. Le mentorat

D'après un participant, certains jeunes ne seraient pas assez forts pour cesser leurs habitudes. Ce participant suggère que ces jeunes aient un mentor ou « un programme de mentorat, dans lequel les jeunes font des choses qui les occupent, comme ça ils n'ont pas besoin de s'occuper de la drogue. Je connais des jeunes qui fument des cristal méthamphétamine quotidiennement, et certains d'entre eux sont très talentueux ». Il est important de d'offrir au jeune d'avoir des occupations, afin de lui permettre de changer ses idées.

	<p>11. Groupe de soutien</p> <p>Le groupe de soutien étaient proposé dans le centre résidentiel pour jeunes de la rue à Hollywood. Plusieurs jeunes ont sentis que les infirmières et les médecins ont aidé à faciliter l'accès aux soins en étant référent et garant de la situation.</p> <p>Au centre d'accueil (drop-in center), des jeunes ont suggéré de mettre en place divers programmes, comme par exemple des groupes de soutien le soir, lorsque les jeunes traînent dehors.</p>
Discussion et conclusion	<p>Les effets stimulants des méthamphétamines sont aidants pour les jeunes qui ont un style de vie transitoire ou ont des difficultés à trouver un lieu où dormir et ont besoin de rester éveiller pour se maintenir leur sécurité. Pour lutter contre la dépression, le marijuana est souvent la drogue consommée, à cause de ces effets relaxants. La méthamphétamine aide les jeunes à faire avec les troubles du comportements (National Coalition for the Homeless, 2006, cité par Nyamathi et al., 2007). La consommation de drogue semble être un moyen pour survivre dans ces conditions et est aussi une barrière à la demande de traitement auprès des jeunes de la rue.</p> <p>Contrairement aux recherches antérieures, peu de jeunes dans cette étude ont soulevés les problèmes de manque d'assurances maladies, manque de transport ou de manque d'anonymat (De Rosa et al., 1999, Ensing & Panke, 2002, cité par Nyamathi et al., 2007). Les jeunes de la rue hésitent à demander de l'aide à cause de leur croyances personnelles, les stigmatisations ou le besoin de maintenir une relation avec leurs pairs (Christiani et al in press ; MacLean et al. 1999 ; Noell & Ochs, 2001 ; Clatts et al. 2005, cité par Nyamathi et al., 2007).</p> <p>Plusieurs jeunes ont soulevé que des programmes comme les Narcotiques Anonymes, les groupes de soutien, le mentorat sont aidant dans leur réhabilitation. Les activités créatives et physiques sont aussi une aide.</p> <p>L'impact présenté dans cette étude des facteurs structurels sur les traitements est une découverte importante qui mérite des implantation de nouveaux systèmes afin de favoriser l'accès, l'utilisation et l'appel à l'aide des jeunes de la rue.</p>
Limites	-

	Recherche 4
Titre	Homeless youths' interpersonal perspectives of health care providers
Auteurs	Hudson, A., Nyamathi, A. & Sweat, J.
Journal	Issues in Mental Health Nursing 29 :1277-1289
Année publication	2008
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Obtenir les perceptions de jeunes de la rue au sujet de leurs relations interpersonnelles entre eux et les soignants, ainsi que les perceptions de barrières et des facilitateurs à la construction d'une relation thérapeutique favorisant le soutien et la connectivité de cette population.
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Jeunes de la rue Perceptions des soignants Attitudes Accès aux soins
Devis & Aspects éthiques	Qualitatif utilisant la méthode du focus group et utilisation d'un guide d'interview semi-structuré Etude approuvée par un comité éthique
Echantillon de population	54 jeunes de la rue entre 18 et 25 ans, recrutés dans deux foyers de Los Angeles. Critères inclusion : âge de 18 à 25 ans, consommateur de drogue dans les six derniers mois
Introduction	<p>Aux Etats-Unis, les jeunes fuient leur domicile souvent à cause des pauvres relations interpersonnelles avec les parents ou leur représentant légal. Souvent, ils sont aussi victimes d'abus ou de négligence. Lorsque les jeunes sont plongés dans la vie de la rue, la consommation de substances et leur capacité à s'adapter à leur nouvelle vie dépendent de la confiance et l'engagement qu'ils peuvent mettre dans des relations avec les soignants.</p> <p>Plusieurs études ont examinés les besoins liés à la santé de ces jeunes ; taux de consommation/abus de substances élevé, nombreuses infections sexuellement transmissibles, faible contrôle des maladies psychiques chroniques, manque de vaccination (en particulier contre hépatite A et B) (Feldmann & Middleman, 2003 ; Nyamathi et al., 2005 ; Rew, Taylor-Seehafer & Fitzgerald, 2001 ; Roy et al., 2003, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). Les éléments environnementaux tels que l'hygiène inadéquate, des carences nutritionnelles, des foyers sur-pleins, la violence et le « sexe comme survie » influencent négativement la santé de cette population (Feldmann & Middleman, 2003 ; Taylo-Seehafer, 2004, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).</p> <p>La méfiance des figures d'autorités, qui entrave leur demande d'aide, est aussi un élément significatif est important qui influe négativement sur la santé des jeunes. Pour certains jeunes, les histoires passées de relations conflictuelles avec les parents ou autre, tout comme les histoires d'abus et de négligence, contribuent à défier et contrôler le « quand », « comment » et « auprès de qui » ils acceptent de l'aide. Cela peut être problématique lorsque les jeunes ne sont pas capables d'entrer en lien avec des case-managers, des soignants offrant des soins de santé primaire ou avec des professionnels de la santé mentale, avec lesquels</p>

	ils ne sont pas capables de s'engager dans une relation thérapeutique.
Méthodologie	<p>Six focus group ont eu lieu, avec 5-10 participants par focus group (moyenne de 8-9).</p> <p>Procédure :</p> <p>Les jeunes de la rue ont entendu parler de l'étude par des flyers distribués dans les foyers. Après avoir montré de l'intérêt, l'étude leur a été décrite. Puis ils ont donné leur consentement écrit. Directement après, des données démographiques et liées à leur consommation de drogues ont été demandées à l'aide d'un questionnaire. Puis les focus group ont eu lieu ; ils étaient animés par deux intervenant, un animateur et un qui prenait des notes.</p> <p>Focus group semi-structuré : durée d'une heure, enregistré puis retranscrit</p> <p>L'âge moyen des jeunes était de 20.5 ans (de 18 à 25 ans, SD=2.4)</p> <p>Ethnies : 44% afro-américains (n=24), 22% hispano-américains (n=12), 24% anglos-américains (n=13), américains (n=2) asiatique (n=1), se considérant comme « autre » (n=2).</p> <p>Hommes (n=37), femmes (n=17)</p> <p>Les jeunes sont dans la rue depuis une durée allant de 2 jours à 6 ans.</p>
Résultats	<p>Les principales thématiques s'axent sur les expériences de faible communication perçues des jeunes par rapport aux soignants qui étaient perçus comme irrespectueux, embrouillés, désengagés. La principale barrière à l'accès aux soins perçus par les jeunes est le manque d'empathie.</p> <p>Style de communication autoritaire</p> <p>Plusieurs jeunes n'apprécient pas le style de communication autoritaire des soignants travaillant dans les centres de santé dans la transmission d'information. Ils n'apprécient particulièrement pas les soignants communicant d'une manière sévère, non-informative, hâtive et qui semble contredire l'information qu'ils ont donnée.</p> <p>Traitement irrespectueux et moindre</p> <p>Les jeunes évoquent que lorsqu'ils parlent de symptômes ou de plaintes à un membre du personnel médical, il ne prendra pas au sérieux leurs conditions et perceptions. De plus, ils ont eu le sentiment d'être mal soignés et de manière irrespectueuse à cause de leur incapacité à payer les soins dû au manque d'assurance maladie.</p> <p>« les personnes doivent faire de leur mieux, qu'ils soient de la rue ou non... un ami est mort à l'hôpital parce qu'il ne pouvait pas payer la facture ils l'ont laissé partir (...) »</p> <p>Communication dans un sens (one way communication)</p> <p>Lorsque les jeunes étaient engagés dans une relation thérapeutique avec un professionnel en santé mentale, individuellement ou en groupe, ils avaient l'impression que la conversation était manipulée par le thérapeute et que le style de communication n'était pas mutuel ou thérapeutique. Le thérapeute était plutôt perçu comme brusque et prévenant.</p> <p>Empathie envers quelqu'un qui a vécu des expériences similaires</p> <p>Les jeunes évoquent avoir une préférence pour le personnel qui présente de l'empathie. Il est apparu que la tendance allait vers</p>

	<p>les adultes qui pouvaient partager des expériences similaires avec eux.</p> <p>« nous avons besoin de personnes qui ont les maladies, qui ont consommés des drogues... pas les personnes qui n'ont jamais consommées et qui demandent aux gens de stopper leur consommation... Nous avons besoin de gens qui l'ont vécu, qui sont passé au travers des difficultés, les conséquences... (...) »</p>
Discussion	<p>4 thématiques principales sont ressorties par rapport aux perceptions des jeunes des rues à l'égard des soignants : un style de communication autoritaire, une communication dans un sens, de l'irrespect, et une empathie limitée.</p> <p>Ces résultats se rapprochent des résultats décrivant les barrières des jeunes à l'accès aux soins ; à savoir, les problèmes de communication, les impressions négatives de la qualité des soins reçus, et la perception de l'incompétence des soignants (Ensign & Panke, 2002 ; Gerber, 1997, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). Ces thèmes qui ont émergés par l'étude, complètent la littérature sur la différence qu'il peut y avoir entre les jeunes de la rue et les professionnels qui essaient de les aider.</p> <p>Les jeunes désirent que les soignants reconnaissent qu'ils sont bien informés au sujet de leur histoire de santé personnelle et leur connaissance du corps et désirent qu'ils démontrent de la confiance, du respect et une approche non jugeante dans leur manière de communiquer (Ensign & Panke, 2002, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).</p> <p>Si les jeunes perçoivent leur relation avec les soignants comme inefficace, leur motivation à intégrer et participer à un programme va entraver leurs succès et ultérieurement servir comme barrière à la santé et au bien-être.</p> <p>Il est aussi important que les soignants se souviennent que les jeunes de la rue sont au niveau de leur développement encore à l'adolescence. Lors que l'accent est mis sur la conformité et le respect des règles et règlements, des conflits avec les adolescents peuvent survenir (Mech, Pryde & Rycraft, 1995 ; Peterson, Baer, Wells, Ginzler & Garrett, 2006, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).</p>
Limites	<p>Les perspectives des jeunes de la rue peuvent aussi être limitées par leur passé et leur vulnérabilité. Donc, les points de vue des jeunes sur ce qui se passe dans leurs rencontres avec les professionnels des centres de soins doit être quelque peu faussé.</p>
Implication pratique	<p>En considérant les besoins des jeunes accédant aux soins, le soignant doit se focaliser sur l'établissement d'un lien de confiance durant la première rencontre. En conséquence, la résolution du problème n'est pas thérapeutique simplement parce qu'il y a un traitement (Penzerro, 2003, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008), mais seulement lorsque le traitement est perçu par les jeunes comme de confiance, respectueux, disponible et serviable, il y aura des progrès appréciables dans la relation jeunes – adultes et dans la réhabilitation (Mech et al, 1995; Galbo, 1986, cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008). La relation jeune-soignant semble être plus positive lorsque les soignants travaillent dans un contexte spécifique ajusté à cette population (DeRosa et al., 1999 ; Woods, Samples, Melchiono & Harris, 2003 cité par Hudson, Nyamathi & Sweat, 2008).</p>
Remarques	-

	Recherche 5
Titre	Psychological Help-seeking in Homeless Adolescents
Auteurs	Collins, P. & Barker, C.
Journal	International Journal of Social Psychiatry
Année publication	2009
Pays	Royaume-Uni
But et Question de la recherche Hypothèse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les perceptions des jeunes de la rue sur les difficultés psychologiques pour lesquelles ils ont besoin d'aide ? 2. Que perçoivent-ils des bénéfices de faire appel à l'aide ? 3. Quels sont les désavantages, les barrières à demander de l'aide ? 4. Quelle sorte d'aide les jeunes adolescents de la rue ont-ils besoins ?
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Demande d'aide Adolescent Confiance Jeunes de la rue
Devis & Aspects éthiques	Comité Ethique a approuvé cette recherche Qualitatif, Interviews semi-structurés
Echantillon de population	Participants :pour participer, il fallait savoir couramment l'anglais, et ne pas être sous l'influence de substances toxiques. n = 16,âgés de 17 à 21 ans (moyenne de 19ans). 44% femmes (n=7) et 56% (n = 9) hommes. La durée du temps vécu dans la rue varie entre 2 semaines à plusieurs années. Aucun n'était employé. 3 (37.5%) avaient l'intention de reprendre des études. Setting : Centre d'urgence au centre de Londres, où les jeunes en situation de rue peuvent rester au maximum 28 jours. Il faut avoir entre 16 et 21 ans pour être accueilli dans ce centre, être résident du Royaume-Uni et ne pas avoir de lieu où aller.
Introduction	Il semble important d'examiner comment et quand les jeunes adolescents font appel à de l'aide. Des adolescents domiciliés expérimentant des problèmes psychologiques cherchent souvent de l'aide auprès des parents ou des amis (Boldero & Fallon, 1995, cité par Collins & Barker, 2009). Pour jeunes de la rue, ayant des relations conflictuelles avec les parents et des relations d'amitiés instables, les services d'aide plus formels prennent de l'importance (Terrell, 1997, cité par Collins & Barker, 2009).
Méthodologie	Les interviews ont duré 40 minutes environ et ont été enregistré afin d'être retranscrits. L'interview était composé de 4 points liés aux 4 questions de recherche. Analyse des données qualitatives ; Les thématiques ont été analysées à l'aide de l'Interpretative Phenomenological Analysis de Smith et Osborn (2003). Chaque

	transcription a été analysée en détail, et les thèmes initiaux ont été ressortis. Ces thèmes ont été groupés. Les transcriptions individuelles ont aussi été analysée par thématiques.
Résultats	<p>1) Pourquoi ai-je besoin d'aide ?</p> <p><u>Conflits familiaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les conflits familiaux sont souvent dû à des divergences de croyances, de culture et un cadre non accepté par le jeune. <p><u>Souffrances psychologiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les symptômes dépressifs sont fréquents chez les jeunes de la rue « vous devenez simplement dépressif et tranquille et ne parlez à personne. Vous voulez que tout le monde sorte de votre chemin. Vous vous sentez juste pas bien». - difficultés émotionnelles spécifiques ; comme les attaques de paniques ou l'abus d'alcool. - « Parce que je souffre d'anxiété, j'ai des attaques de panique. Donc j'essaie de juste me tenir cool, ou je pleure et après je m'endors directement » - « Lorsqu'un problème apparaît, je peux sortir tout de suite et boire. C'est un moyen d'y échapper mais ça revient toujours à la fin ». - isolation, solitude ; plusieurs participants relèvent souffrir de solitude et isolement - colère ; beaucoup de jeunes évoquent un sentiment de colère d'avoir été trahi par la famille ou un sentiment de colère contre soi-même. - « il y avait des jours je devais passer ma journée sans manger quoi que ce soit. Car au plus profond de moi, je voulais me punir ». <p><u>Besoins pratiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Divers besoins pratiques sont présents dans la vie des jeunes de la rue, tels que le logement, les finances, l'éducation... <p>2) Pourquoi vais-je faire appel à l'aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'aide peut vous aider à traverser des moments difficiles (ex : groupes d'alcooliques) - l'aide produit des résultats pratiques (logement, nourriture) <p>3) Pourquoi ne vais-je pas faire appel à l'aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je ne fais plus confiance aux gens. Je pense que tu ne peux que te fier à toi même. C'est un chemin plus sûr. (...) Certains amis, que je connaissais toute ma vie, ne voulaient pas me connaître lorsque j'étais dans la rue. Cela fait vraiment mal. Je suis toujours en colère contre eux (...)». - « (...) Je ne veux pas être reconnaissant envers quelqu'un. Tu dois faire attention avec les gens qui t'offrent de l'aide. (...) ». - une croyance commune était que faire appel à l'aide vous expose à l'exploitation ou la déception. <p><u>Faire appel à l'aide c'est difficile et vous expose</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les jeunes soulèvent ne pas connaître les services formels offrant de l'aide - demander de l'aide provoque un sentiment de honte d'être de la rue ou en besoin - demander de l'aide c'est être faible <p><u>Expériences de trahison</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - la première trahison provient des parents : « lorsque j'étais dans la rue, je l'ai appelé (père) et lui ai parlé et évidemment il n'a rien fait, depuis je ne l'ai plus revu ». - sentiment de déception : « je pensais que, si tu veux un appartement, tu dois juste aller au concil, et ils t'en donnent un » - souvent les jeunes pensaient que leurs amis seraient présente en temps de besoin « Ca c'est des amis ! Je n'ai plus où dormir et vivre et ils sont des amis que je connais depuis des années et ils m'ont dit : non tu ne peux pas rester ! ». <p><u>Croyances antagonistes à demander de l'aide</u></p> <p>- les participants ont exprimés des croyances claires d'auto suffisances, de responsabilité personnelle (ne t'appuie pas sur quelqu'un, regarde tes propres problèmes, ne soit pas redevable à quelqu'un, sois vigilant face à l'aide)</p> <p>4) Le style d'aide que je désire</p> <p><u>Efficacité</u> La capacité d'être efficace (obtenir un lit, aller aux cours) est souvent apprécié par les jeunes</p> <p><u>Prendre soin (caring)</u> L'un des plus important facteurs de ces jeunes était de percevoir si cette personne se souciait vraiment de toi ou non. « tu vas commencer par te demander, qui est-il pour prendre aussi bien soin de toi ?, et après s'il prend soin de moi, au moins une chose positive, donc pourquoi ne prendrai pas autant soin de moi ? »</p> <p><u>Digne de confiance</u> Ayant eu beaucoup d'expériences de trahison, cet aspect est important pour ces jeunes.</p> <p><u>Compréhensible, empathique</u> Il est important pour les jeunes d'avoir le sentiment d'être entendu et compris lorsqu'il se confie en quelqu'un. Plusieurs pensent que ceux qui ont vécu les mêmes choses vont naturellement les comprendre. Plusieurs ont aussi exprimé ne pas avoir été entendu alors qu'ils ont demandé de l'aide.</p> <p><u>Véritable/authentique</u> Les jeunes expriment avoir une préférence pour les aidants qui sont « eux-mêmes » (ne joue pas un rôle, sont vrais dans leurs émotions). « Je préfère quelqu'un qui est authentique que quelqu'un qui joue simplement un rôle ».</p> <p><u>Contenant</u> Une crainte commune des participants était que les gens ne veulent pas entendre leurs histoires et vont les trouver trop perturbateurs. Ils relatent l'importance que quelqu'un les questionne activement au sujet de leurs expériences et soit capable d'entendre leurs souffrances ; « Après avoir commencé la conversation et m'avoir poser des questions, je me sentais bien avec elle. Je lui ai tout dit ».</p>
Discussion	<p>Les participants ont soulevé combien c'est difficile de demander de l'aide et d'exposer ses expériences en demandant de l'aide. Un autre aspect intéressant était de voir le peu de connaissances des jeunes par rapport aux sources d'aide accessibles. Ceci est confirmé par d'autres études relevant un manque d'information comme barrière à l'obtention d'une aide (Solorio et al., 2006, cité par Collins & Barker, 2009). Il était aussi évident, pour les jeunes de la rue que demander de l'aide pouvait aussi leur apporter un soutien émotionnel. L'accent mis sur le plaisir et le soutien social des amis est conforme aux conclusions qu'un tel soutien réduit la dépression dans cette population (Boa et al., 2000, cité par Collins & Barker, 2009).</p>

	Certaines caractéristiques que les participants ont soulevées comme importantes dans la relation d'aide sont similaires à celles trouvées dans des précédentes études (ex : fiabilité, confidentialité, empathie et authenticité) (Kurz et al., 2000 ; McGrath & Pistrang, 2007 ; Thompson et al., 2006, cité par Collins & Barker, 2009). De plus, les participants expriment l'importance que les aidants aient la capacité de contenir leurs souffrances.
Conclusion	Les résultats mettent en lumière le besoin pour les professionnels travaillant avec cette population d'être attentifs aux issues concernant le rejet et l'abandon ayant pour conséquences la souffrance, la colère et la méfiance.
Limites	Ne pas extrapoler les résultats avec des compositions ethniques différentes (dans cette recherche, la plupart se décrivaient comme Noirs). Toutefois, il n'était pas évident de percevoir que les résultats variaient d'une ethnie à une autre. Tous les interviews ont eu lieu dans le centre d'hébergement où les participants résidaient. Ils ont donc pu associer les chercheurs avec le staff du centre et cela a pu inhiber des sujets de conversation pouvant avoir une influence sur leur contrat/engagement au foyer (abus substance, finances, ...).

	Recherche 6
Titre	Quality of Health Care : The Views of Homeless youth
Auteurs	Ensign, J.
Journal	Health Services Research
Année publication	2004
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Développer le processus identitaire des jeunes de la rue Percevoir quelle est leurs avis sur la qualité de soins
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Qualité des soins Soins de santé Jeunes de la rue
Devis & Aspects éthiques	Devis qualitatif, descriptif utilisant une méthode ethnographique (interview semi structurés et focus group) Approuvé par un comité éthique
Echantillon de population	30 jeunes se décrivant « de la rue », âgé de 12 à 23 ans, parlant anglais.
Introduction	Les personnes sans domicile fixe, adultes ou adolescents, ont la caractéristique de ne pas avoir un accès aux soins de santé primaire adéquat et à demander de l'aide aux services d'urgences, seulement au moment où ils ne sont plus aptes à ignorer leur condition de santé (Geber, 1997 ; Institut of Medicine, 1998, cité par Ensign, 2004). Etre sans domicile fixe créer des problèmes de santé et rends les soins de santé plus difficiles à obtenir, particulièrement lorsque des besoins basiques comme la nourriture ou un abri prennent la priorité sur la santé (Gelberg, 1997 ; Zerger, 2002, cité par Ensign, 2004). Les jeunes de la rue ont plus de difficultés à accéder aux soins que les adultes en situation de rue ou les adolescents ne vivant pas dans la rue. Cela est dû à un fort manque d'assurance/de source de paiement, une plus grande anxiété par rapport à la confidentialité, plus de confusion par rapport à l'abilité à effectuer ses propres soins, et moins de tolérance face aux longues heures d'attentes et aux procédures administratives (Ensign & Gittelsohn, 1998 ; Klein et al., 2000, cité par Ensign, 2004). Un facteur important dans l'accès aux soins des jeunes est qu'ils n'ont pas d'adultes qui les aident à naviguer dans le système de santé complexe.
Méthodologie	Etude conduite dans une clinique pour jeunes de la rue, ainsi que deux rues de Seattle, Washington. La clinique pour jeunes de la rue, accueil des jeunes de 12-23 ans. Interviews avec des personnes clés : Les personnes clé (un garçon et une fille, expérience dans la rue, mais ayant une situation actuelle stable) ont été interviewés au minimum 1x par mois sur la période de l'étude (en tout 30 interviews). Ils aidaient à la compréhension des termes non familiers et des situations décrites par les jeunes. Interviews semi-structurés (durée 30-45'): En tout, 30 jeunes avec une moyenne d'âge de 20 ans (12-23 ans) ont été interviewés. 80% étaient blancs, 13% Afro-américains,

	<p>7% Hispaniques. Les thèmes de l'interview étaient les ingrédients nécessaires à l'offre de soins de qualité, comment mesurer ces ingrédients, et comment les soignants peuvent ils savoir qu'ils ont fait un bon job.</p> <p>Focus group :</p> <p>Après que les interviews ont été analysés, les focus group ont pu être conduits pour plus approfondir les thèmes et sujets identifiés. 2 focus groups mixtes (gars-filles) ont été conduits avec un total de 15 jeunes (moyenne d'âge de 20 ans ; 16-23 ans)</p> <p>Les données ont été enregistrées et retranscrites puis analysées.</p>
Résultats	<p>Aspects culturels de la qualité des soins :</p> <p>Les jeunes soulèvent que les services de soins prenant en compte les parcours de vie des jeunes étaient le plus utile pour eux. Ils ont évoqué l'importance des compétences culturelles des soignants et comment les soignants peuvent adapter leurs conseils et interventions aux réalités de vie des jeunes.</p> <p>« lors que les gens à la clinique ont une compréhension de la situation de la rue, savent d'où tu viens, comment tu vis et tu fais de ta vie dans la rue le mieux que tu peux... c'est ce qui aide (...) ».</p> <p>Un autre aspect culturel de la qualité des soins est la compréhension de certains soignants ont à l'égard des attitudes des jeunes de la rue. Plusieurs ont soulevés la difficulté qu'ils ont rencontré d'être de la rue et de prendre soin d'eux et les difficultés relationnelles rencontrées avec des adultes. Ils disent que leurs circonstances passées et présentes ont rendus difficile leur aptitude à faire confiance en des adultes, y compris les soignants.</p> <p>Aspects interpersonnels de la qualité des soins :</p> <p>Les jeunes ont évoqués l'importance d'être soignés avec respect par les soignants.</p> <p>Une bonne communication est aussi importante « lorsqu'ils parlent, je peux comprendre ce qu'ils me disent ».</p> <p>Les soignants ne doivent pas avoir un ton de voix de façon à sermonner.</p> <p>L'éducation à la santé, incluant des informations sur les assurances maladies, et sur comment naviguer dans le système de santé sont des points importants pour les jeunes.</p> <p>Aspect de qualité des soins : demande de feedback, avis aux jeunes par rapport aux soins et services</p> <p>Aspects physiques de la qualité des soins :</p> <p>Besoin de soins dans des services séparés des adultes, car ils se sentent intimidés par les plus âgés de la rue.</p> <p>Aspects techniques de la qualité des soins :</p> <p>Le soignant est sûr de soi lorsqu'il effectue les injections, ou lorsqu'il fait les examens pelviens</p> <p>Résultats des soins de santé: La majorité des jeunes évoquent que l'amélioration de la santé était un des souhaits les plus espérés comme résultats des soins de santé ; « comme ça nous n'avons pas de douleur et pouvons nous déplacer et faire ce que nous avons besoin de faire ». L'amélioration de la santé voulait aussi dire, être aidés pour sortir de la situation de rue ; « tu peux trouver un job et obtenir une place par toi même si ta santé est meilleure ».</p> <p>Les jeunes ont aussi parlé au sujet de leurs expériences de soins positives qui les ont aidé à être capable de faire confiance à des adultes et de faire des changements positifs dans certaines zones de leur vie.</p> <p>Les jeunes expriment la situation idéale : avoir un chez soi favorisant leur santé avec une clinique à proximité et des soignants</p>

	attenuant les réalités de vie de ces jeunes, se sentant respectés, écoutés et soignés sur une durée de plusieurs mois ou années jusqu'à ce qu'ils soient hors de la rue et ont une situation plus stable.
Discussion	<p>Les aspects culturels et interpersonnels de la qualité des soins sont le plus fréquemment ressortis par les jeunes. Ces résultats renforcent le besoin d'améliorer la formation des compétences culturelles des équipes travaillant avec ces jeunes. Basé sur les dires des jeunes dans cette étude, il est important d'inclure dans la formation de l'équipe une sensibilité et une prise de conscience au fait que les attitudes souvent difficiles des jeunes peuvent être un mécanisme de protection dû aux interactions antérieures qu'ils ont pu avoir avec des adultes. Une composante importante de la construction de la confiance dans la relation thérapeutique, identifiée par les jeunes, est la continuité des soins avec la première personne de soutien. Alors que la continuité des soins est probablement importante chez les jeunes qui ne vivent pas dans la rue et pour les adultes en situation de rue, il est sûrement encore plus essentiel pour les jeunes de la rue.</p> <p>Le résultat principal de la qualité des soins ressortis par les jeunes était sans surprise l'amélioration de leur état de santé et la survie au fait de vivre dans la rue. Les données limitées qui existent au niveau du taux de mortalité auprès des adolescents vivant dans la rue, indiquent que le taux est beaucoup plus élevé que chez les jeunes ne vivant pas dans la rue (Switchboard, 2003, cité par Ensign, 2004), faisant de la survie un résultat de la qualité des soins pour les jeunes de la rue raisonnable.</p> <p>Le résultat le plus globale de la qualité de soins est l'amélioration de la confiance et du lien avec les adultes et la communauté. Il est important de prendre en considération ce point afin de l'améliorer par les professionnels.</p>
Limites	<p>Cette étude était limitée aux perceptions des jeunes de la rue d'une clinique et de deux rues de la ville de Seattle. Des différences existent entre les jeunes de cette ville et des autres villes des USA, ou des régions rurales ou des autres pays.</p> <p>Les jeunes de cette étude représentent la moyenne d'âge des jeunes de la clinique (19 ans) toutefois, il est important de soulever qu'il y a des différences qui existent entre les plus jeunes et les plus âgés des jeunes.</p>

	Recherche 7
Titre	Insights from the street : Perceptions of services and providers by homeless young adults
Auteurs	Thompson, S., McManus, H., Lantry, J., Windsor, L. & Flynn, P.
Journal	Evaluation and Program Planning 29 34-43
Année publication	2006
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Cette étude met en évidence les perceptions des jeunes de la rue concernant leurs expériences avec les services de santé et les professionnels qui y travaillent. Quelles sont les opinions des jeunes concernant l'utilisation des services de santé ? Quelles sont les caractéristiques des services et des prestataires qui sont des barrières ou des facilitateurs à l'accès aux soins ?
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Perceptions à l'égard des soignants Jeunes adultes de la rue Accès aux soins
Devis & Aspects éthiques	Devis qualitatif via des focus groups Ethique : ils leur a été dit qu'ils pouvaient quitter en tout temps l'étude sans conséquences et que les collectes de données seront anonymes. Un consentement écrit a été reçu de chaque participant
Echantillon de population	60 jeunes âgés de 16 à 24 ans - n= 28 (47%) de femmes - n= 31 (51%) de gars - seul un participant se décrit comme transsexuel - majorité étaient caucasien (n=39, 65%), 6 s'identifient comme Afro-américains (9.7%) ou latinos (n=14, 23.3%) - moyenne d'âge de 19.4 ans (âgés de 16 à 24 ans)
Introduction	Les services pour les jeunes de la rue et les jeunes adultes doivent s'adresser aux besoins spécifiques de jeunes associés à leur style de vie à risque et à leur environnement (Farrow, Deisher, Brown, Kuglie & Kipke, 1992 ; Yates, Pennbridge, MacKenzie & Pearlman, 1990, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Les premières priorités sont que les jeunes puissent avoir accès aux besoins de bases, tels qu'un logement adéquat, de la nourriture et des habits. Les services médicaux sont aussi prioritaires étant donné qu'un grand nombre de jeunes souffrent de maladie diverses. Les suivis psychologiques et d'autres services de santé mentale sont nécessaires étant donné que la dépression, le suicide, la maltraitance, l'abus et la négligence sont communs au sein de cette population (MacLean, Paradise & Cauce, 1999 ; Ringwalt, Green & Robertson, 1998, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Les jeunes de la rue, présentent des faibles taux d'utilisation des services de santé et services sociaux (Brooks, Milburn, Rotherdam-Borus & Witkin, 2004 ; De Rosa et al., 1999 ; Kipke, Montgomery & MacKenzie, 1993 ; Slesnik, Meade & Tonigan, 2001, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).

	<p>Les barrières reportées par rapport à l'utilisation des services sont les suivantes (Yates et al., 1990, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de transport - Manque d'assurances maladies - Manque de connaissances du système de santé <p>Ces individus ont souvent peu de confiance en les services formels et les figures d'autorités, étant donné que beaucoup ont été exploités et vicimisés par les adultes, y compris les membres de leurs familles (Farrow et al., 1992 ; Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Ces jeunes craignent aussi souvent d'être amenés au poste de police ou signalés au service de la protection de la jeunesse. Les centres d'accueil (outreach services et drop-in center) sont les types de structures les plus fréquentées auprès des jeunes adultes dans la rue.</p> <p>Au vu de la différence surprenante entre les besoins urgents liés à la santé des jeunes et le manque d'utilisation des services proposés, plusieurs études ont examinées les perceptions des jeunes des services de santé (De Rosa et al., 1999 ; Kidd, 2003, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p>
Méthodologie	<p><u>Focus Group</u> (moyenne de 8 participants par groupe, composé de 5 à 12 participants):</p> <p>Ce devis a été choisi pour diverses raisons ; premièrement, la force des focus group a la capacité de produire vastes résultats de données sur le sujet proposé par le chercheur. Deuxièmement, les focus group permet d'analyser les interactions du groupe afin d'approfondir les connaissances des expériences et perceptions des jeunes (Morgan, 1997 ; Morgan & Krueger, 1993, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Le processus de partages et de comparaisons des expériences et attitudes des jeunes est une source valable pour comprendre les comportements et motivations. Les interactions de groupe provoquent des réactions et discussions inaccessibles dans des interviews individuels (Morgan & Krueger, 1993, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p> <p><u>Setting</u> : jeunes recrutés par un drop-in center dans une ville du Texas. Ces centres offrent aux jeunes un environnement sûr durant la journée, offre l'accès aux douches, aux laveries et aux habits (Karabanow & Clement, 2004 cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p> <p><u>Procédures</u> : Des flyers annonçant les focus group ont été distribués dans la région du centre. Le staff du centre a contacté des participants potentiels et leur décrivant l'objectif de la recherche et en leur demandant de participer à un des sept focus group. Chaque focus group a eu lieu dans une pièce séparée. Avant le début des sessions, l'objectif de la recherche a été expliqué, ils leur a été dit qu'ils pouvaient quitter en tout temps l'étude sans conséquences et que les collectes de données seront anonymes. Les jeunes ont été payés 10\$ pour leur participation.</p> <p>Sept questions ouvertes ont été développées et critiquées par un groupe de chercheurs avant de faire un focus group pilot afin d'évaluer les questions. Focus group étaient semi-structurés et conduit à l'aide d'un guide d'utilisation composé de questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les types de structures utilisés 2) comment ils localisent les diverses structures

	<p>3) quels aspects des prestataires et des structures sont aidant</p> <p>4) quels sont les aspects non aidants ?</p> <p>5) leurs forces personnelles</p> <p>6) quels sont les structures dont ils ont besoin</p> <p>7) commentaires généraux par rapports aux structures qu'ils fréquentent</p> <p>focus group ont été enregistrés et retapés.</p>
Résultats et discussion	<p><u>Contexte de la rue :</u></p> <p>Les jeunes de la rue expérimentent une existence totalement différente que la plupart des jeunes adultes. Bien qu'il n'y ait pas eu de questions spécifiques sur la description de leur vie, leurs expériences de la rue et de survie étaient la thématique principale des focus group. En décrivant leurs expériences de rue, plusieurs ont parlé de l'importance de l'autonomie personnelle. Vivre dans la rue créer des défis qui requièrent d'accepter plus de responsabilité envers eux-même et développer des compétences pour survivre par eux-mêmes. Les techniques de survies étaient fréquemment discutées en relation avec la recherche de sécurité et protection, souvent en se joignant à d'autres jeunes de la rue. Toutefois, survivre voulait aussi dire être méfiant des autres. Les jeunes ont pu exprimer leur limites à faire confiance en des adultes et leur besoin d'être toujours vigilants concernant les autres jeunes, leurs possessions et les environnement.</p> <p>Par rapport au regard de la société, les jeunes reportent que les gens perçoivent les jeunes de la rue comme des drogués, qui sont juste « des mauvais gens, qui sont fénéant et n'essayent rien pour eux-mêmes ». Bien que certains participants des focus group reconnaissent la stigmatisation sociale des sans-abris, plusieurs décrivent avoir choisi leur vie de « voyageurs » dans les rues. Ils décrivent la liberté de vivre dans la rue, sans soucis d'aller tous les jours au travail, payer les factures, maintenir sa voiture.</p> <p><u>Les types de structures :</u></p> <p>Les jeunes décrivent une variété de structures qu'ils ont fréquentés et décrivent leurs perceptions à leur égard (cf. Table 1 et 2). Les structures offrant les besoins de base (nourriture, abri, habits, assistance financière) étaient perçus comme les plus importants à la survie dans la rue. Les autres services incluant les soins médicaux, le case management, les services de santé mentale, l'emploi, les transport, étaient moins fréquentés.</p> <p><u>Les besoins de base :</u></p> <p>Les provisions alimentaires étaient identifiées comme les plus nécessaires et fréquemment utilisés, Le besoin de vêtement était aussi important, en particulier les chaussettes. Les brosses à dents, laveries sont aussi des éléments fréquemment utilisés.</p> <p><u>La santé physique :</u></p> <p>Plusieurs jeunes ont parlé des cliniques gratuites offrant du matériel de contraception, des examens gynécologiques, des services liés à l'abus de substance.</p> <p><u>Case management et services de santé mentale :</u></p> <p>Le case management et les structures de services mentales étaient souvent utiles pour les participants en négociation avec le système du service social.</p> <p>Les case managers facilitent le processus de références et les arrangements entre les différentes structures. Les case</p>

	<p>managers, selon les jeunes offraient la possibilité de développer des buts, et identifier des stratégies pour accomplir les buts fixés. Avoir quelqu'un les accompagnant dans ce processus est une aide et les maintient motivés et les résultats sont plus positifs.</p> <p><u>Structures et personnels aidants</u></p> <p>Les participants notent l'importance d'une relation avec les professionnels. Ils apprécient le respect, l'empathie. Les animaux de compagnie sont aussi encourageants et soutenant pour eux et les aide/responsabilise à s'aider soi-même.</p> <p><u>Prendre soin (Caring)/ Sensibilité aux problèmes des jeunes de la rue</u></p> <p>Pour les jeunes il est important, que le personnel prennent truly soin d'eux et ne travaillent pas simplement avec eux « pour être payé ». Prendre soin (caring) était défini par se sentir être bienvenu lorsqu'ils arrivaient dans le centre, que leur avis soit demandé, et être perçu comme une personne importante.</p> <p>Ils nomment aussi l'importance que le staff comprenne la culture de la rue dans laquelle les jeunes vivent, qu'il comprenne les difficultés inhérentes au fait d'être sans abris, ait une compréhension claire de ce que c'est d'être dans la rue, et des challenges quotidiens qui doivent être traités tous les jours.</p> <p>Les professionnels utilisant les termes de la rue pour atténuer les besoins, les circonstances et les périls de la vie dans la rue sont bien estimés. Les participants apprécient les « gens qui ont déjà passé par là », car ces personnes du staff peut évoquer leurs expériences de rue, difficultés et besoins. Ils apprécient aussi des structures qui prennent en compte les difficultés de la vie de la rue, et offrent des ressources pour survivre dans la rue.</p> <p><u>Encourager / Motiver</u></p> <p>Les case managers et autres membres de l'équipe étaient perçu comme source d'encouragement et motivation. Les professionnels encourageant le jeune à se mettre des objectifs et le motivant à les remplir était perçu comme aidant. Ils apprécient les professionnels qui les motivent à se responsabiliser en posant des objectifs, en les planifiant et en les achevant. Les jeunes croient que la motivation interne pour changer est de leur responsabilité et leur choix. Ils reconnaissent que les structures proposées sont accessibles à ceux qui souhaitent un changement ; pour ceux qui ne veulent pas quitter la rue, il n'y a pas de structure ou programme qui peut faire changer leur désir et les conséquences de celui-ci.</p> <p><u>Respect / Confiance</u></p> <p>Pour les jeunes il est important que les professionnels les traitent avec respect et dignité. Ils apprécient le staff qui les considèrent « comme adultes et non comme des enfants qui ont besoin qu'on leur dise tout ce qu'ils doivent faire ». L'empathie était aussi une valeur importante pour eux.</p> <p>« une des choses qui est le plus aidant, c'est qu'ils font vraiment attention à la sécurité des personnes et te respectent comme personne telle que tu es, et ne te demandent pas de changer ».</p> <p>Les jeunes soulèvent souvent l'importance de la confidentialité et avoir confiance en le professionnel. Ces jeunes ont besoin de sentir qu'ils peuvent se confier auprès des membres de l'équipe sans la crainte que les informations seront transmises plus loin. Certaines informations pouvant être divulguées et avoir des répercussions légales.</p> <p><u>Accepter les animaux de compagnie</u></p> <p>Les animaux de compagnie (particulièrement les chiens) sont identifiés comme tremendously importante part de la vie de ces jeunes. Certains relèvent même donner à manger à l'animal avant de se nourrir soi-même. Ils décrivent aussi combien les</p>
--	---

	<p>animaux de compagnies servent de motivation pour prendre mieux soin de soi-même et rester loin des troubles. Un jeune exprime avoir besoin d'avoir un chien afin de ne pas se retrouver en prison, car celui-ci a besoin de lui. Ils parlent de leurs animaux comme source de soutien émotionnel, d'amour et de sécurité.</p> <p><u>Structures et personnels non – aidants - barrières</u></p> <p>Environnement insécure / inapproprié</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conditions et voisinage insécure des centres - les structures sont souvent localisées « dans les allées du fond » pour que les « gens normaux » ne puissent pas être « exposés » aux jeunes de la rue - plusieurs structures étaient sales, offraient de la nourriture mauvaise, demandaient de participer au service religieux afin de recevoir de la nourriture, le temps d'attente pour les douches et pour la lessive était long - dans les centre non spécifiques aux jeunes, ils étaient souvent victimisés <p>Accès / Inefficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - le processus pour accéder au services était souvent assez compliqué et décourageant pour les jeunes. - Certains jeunes avaient l'impression de devoir choisir entre trouver un job et manger. Car en effet, les services offrant de la nourriture étaient ouverts qu'aux heures de travail. <p>Rigidité / Attentes non réalistes</p> <ul style="list-style-type: none"> - les membres du staff étaient parfois inflexibles par rapport aux conditions demandées - les drop-in center sont souvent loins des foyers <p>Non respect</p> <p>Plusieurs participants ont souvent ressentis avoir été traités comme des « stupide enfants des rue » et à qui l'on parlait comme s'ils étaient plus jeunes, moins intelligents, moins mature que ce qu'ils étaient réellement.</p>
Conclusion	<p>Il est clair que les jeunes de la rue souffrent de stigmatisation et d'isolement social car ils sont une population largement marginalisée de la société. Ils sont sans famille, ont un pouvoir limité sur leur environnement, et vivent dans des milieux hostiles où la sûreté personnelle est souvent risquée.</p> <p>Vivre dans la rue amène souvent à adopter de stratégies de survie qui les détachent des normes sociales. Des structures ont été développées afin de combler les multiples besoins de cette population vulnérable et les professionnels de ces structures sont en première position pour leur offrir aux jeunes l'opportunité d'être connecté à la société. Ils jouent aussi un rôle important en assistant ces jeunes à la transition hors de la rue et créer un style de vie plus stable.</p> <p>Une étude a trouvé que sur 125 jeunes, 62% reportent des problèmes physiques (refroidissements, grippe, perte de poids, problèmes dermatologiques) dû aux conditions de vie dans les rues, mais peu de ces jeunes ont fréquenté un service de soin (Reid & Klee, 1999 cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p> <p>Les barrières à l'utilisations des services de santé et sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - heures d'ouverture non pratiques - environnement sale et insécure - attentes irréalistes <p>Les jeunes souhaitent des structures où ils (Rew, Chambers & Kulkarni, 2002, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor &</p>

	<p>Flynn, 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont respectés - peuvent avoir confiance que les professionnels maintiennent la confidentialité <p>Un environnement flexible, des accès faciles, du respect et de la propreté favorisent l'utilisation des services. Les caractéristiques des professionnels travaillant dans ces structures sont aussi importantes. En effet, comme dans d'autres recherches (Karabanow, 2003 ; Robertson & Toro, 1998, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006), les jeunes ont mis en avant le besoin d'indépendance et de contrôle sur leurs propres vies. Ils résistent aux professionnels qui les traitent « de plus jeune qu'ils ne sont » et ne respectent pas leur besoin fondamental d'autonomie (Kidd, 2003, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Les professionnels doivent être attentif à ne pas menacer l'auto-suffisance de l'individu et à développer une relation de soutien qui rencontre les besoins des jeunes et non à une relation de dictature (Blankertz, Cnaan, White, Fox & Messinger, 1990, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006). Il est important pour avoir du succès avec les jeunes de les engager dans leur processus de changement en reconnaissant l'importance d'encourager activement la participation des jeunes dans le développement d'objectifs et le travail à achevé pour obtenir les résultats souhaités.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> - ne pas généraliser à tous les jeunes de la rue - focus group : certains participants peuvent avoir tendance à se conformer à certaines normes des autres participants et cela peut biaiser les discussions - la polarisation : certains jeunes ont aussi peut être exprimés des avis plus tranchés dans la situation de groupe, et ne l'auraient peut être pas fait en individuel (Sussman, Burton, Dent, Stacy & Flay, 1991, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).
Implications pour la pratique	<p>Les résultats de cette recherche offrent aux professionnelles travaillant parmi les jeunes de la rue des pistes d'intervention intéressantes. Il semble clair que pour que le professionnel puisse être accepté au sein du groupe des jeunes de la rue, il doit être soutenant, arrangeant et prendre soin (caring). Pour que les soins soient efficaces, il est important de développer une relation forte et de confiance avec ces jeunes qui leur permet de to remain in control (Littell, Alexander & Reynolds, 2001 ; Rice & Sanoff, 1998 ; Slesnick, 2001, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p> <p>Les professionnels doivent favoriser une alliance thérapeutique positive en reconnaissant les complexités de la survie dans la rue (Blankertz et al., 1990 cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p> <p>Assister les jeunes adultes à changer leur situation de vie de la rue à une situation plus stable et appropriée pour leur développement, c'est les prévenir de faire partie des adultes vivant dans la rue (Simons & Whitebeck, 1991, cité par Thompson, McManus, Lantry, Windsor & Flynn, 2006).</p>

	Recherche 8
Titre	Attitudes of homeless and drug-using youth regarding barriers and facilitators in delivery of quality and culturally sensitive health care
Auteurs	Christiani, A., Hudson, A., Nyamathi, A., Mutere, M. & Sweat, J.
Journal	Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing
Année publication	2008
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Quelles sont les attitudes que les jeunes de la rue identifient comme facilitateur ou comme barrière à accéder à des soins de qualité?
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Abus de substance Accès aux soins Qualité des soins
Devis & Aspects éthiques	Étude approuvée par un comité éthique, lors de l'étude aucun des membres de l'équipe de recherche n'a été prestataire de soins pour aucun des participants. Les participants ont donné leur consentement par écrit. Devis qualitatif, par focus group utilisant un guide d'interview semi-structuré
Echantillon de population	54 jeunes de la rue, âgés de 18 à 25 ans qui reportent avoir consommé de la drogue dans les 6 mois précédents. Recrutés dans un drop in center (lieu d'accueil de jour) et dans un foyer pour jeunes de la rue à Los Angeles, en Californie Age : entre 18 et 25 ans, moyenne d'âge 20,5 ans. Ethnies : 44% afro-américains (n=24), 24% afro-américains (n=13), 22% hispano-américains (n=12), américains (n=2), asiatique (n=1), se considérant comme « autre » (n=2). Hommes (n=37), femmes (n=17). Tous ne vivaient a part de leur famille, amis (émancipés) et étaient financièrement indépendant de leur famille. Participants du drop-in center étaient en situation de rue depuis minimum 2 ans. Les jeunes du foyer ont reportés une expériences de « homelessness » de 2 jours à 6 ans.
Introduction	Barrières aux soins : Les barrières aux soins primaires et aux traitements de drogues et alcool communément citées par les jeunes sont les finances, des aspects structurels et des facteurs personnels. Les barrières financières incluent un manque d'argent et un manque d'assurances maladie. Les barrières structurelles incluent le manque de transport, les barrières culturelles et spirituelles, barrière de la langue, la discrimination, la manque de confidentialité, ne pas savoir où aller, se sentir embarrassé de demander de l'aide, manque de

	confiance des prestataires de soins (Rew, 2000, cité par Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008).
Méthodologie	<p>Cette étude présente les résultats de la première phase d'une recherche à méthode mixte qui tend à développer un modèle pilote d'intégration des soins (médicaux, santé mentale, traitement des dépendances) auprès de jeunes vivant à Los Angeles.</p> <p>Un total de 6 focus groups (3 dans chaque lieu) ont été conduits sur 4 jours en décembre 2005 avec 5 à 10 participants par session.</p> <p>Procédure :</p> <p>Flyers ont été distribués par l'équipe de la recherche dans les deux lieux.</p> <p>Durée une heure</p> <p>Enregistré et retranscrits.</p> <p>Participants ont reçu une compensation financière pour le temps consacré à l'étude</p>
Résultats	<p>Principales thématiques soulevées avec les participants :</p> <p>Besoins de soins et accès :</p> <p>Les raisons les plus citées pour demander de l'aide sont ; les grossesses, les traumatismes aigus, la santé mentale, les problèmes dermatologiques, les problèmes dentaires, les traitements chroniques, les maladies sexuellement transmissibles, les complications dû à une surconsommation de drogue. Les participants féminines ont fréquemment cité « les soins prénataux » comme service de soin le plus demandé. Les cliniques gratuites et les cliniques mobiles sont les points d'accès les plus communs pour les plaintes non urgentes. Lors d'urgences, les départements d'urgence locaux étaient le plus souvent fréquentés.</p> <p>Ces divers services ont été nommés comme manquants : services dentaires, soins pour maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, la santé mentale, et des programmes de traitement des dépendances culturellement appropriés et non jugeants.</p> <p>Barrières à l'accès aux soins et traitements des dépendances :</p> <p>Manque de coordination entre les services, manque d'assurance, l'indisponibilité de « one stop shopping » pour les besoins de santé</p> <p>Manque de confiance dans le système de santé</p> <p>Processus pour accéder au service de soin publique est déshumanisant et pénible.</p> <p>Barrières financières et structurelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription de médicaments, alors qu'ils n'ont rien pour les payer - Envoi de factures qu'ils ne peuvent pas payer - Certains ont essayé d'aller dans une clinique gratuite, mais ont abandonnées les démarches lorsqu'ils ont su qu'ils devaient avoir un rdv avec un professionnel de la clinique. - Cliniques où ils sont mélangés aux adultes, souhaitent des cliniques pour jeunes - Inconfort de partager la salle d'attente avec des sans abris adultes qui ont une mauvaise hygiène

	<p>Barrières personnelles :</p> <ul style="list-style-type: none">- Crainte d'être discriminé, incompris, traité avec irrespect, deshumanisé, crainte d'être perdu dans la complexité du système de santé sans être assisté par quelqu'un de connu- manque de confidentialité- barrières aux traitements de dépendance : perception que les drogues font parties de la survie dans la rue, rejet du modèle de traitement traditionnel de l'abstinence, personnel n'est pas assez formés aux traitement des jeunes de la rue, professionnels sont trop jugeants, et ne comprennent pas la situation, l'isolement social est aussi une barrière au traitement de dépendance <p>Facilitateurs à l'accès aux soins et traitement des dépendances :</p> <ul style="list-style-type: none">- services gratuits- les composantes culturelles sont prises en compte- la confidentialité est tenue- opportun- non jugement- présences de mentors qui aident à naviguer dans le système de soins et à exploiter leurs propres ressources internes- soins prodigués directement au lieu de vie fréquentés par les jeunes (comme par exemple les drop-inc center)- assistance au transport- prescription de médicaments gratuits- démarches administratives plus simples <p>Améliorer la qualité des soins :</p> <ul style="list-style-type: none">- importance d'être pris comme partenaire dans la relations thérapeutique- importance d'être traité avec respect, sans jugements- écoute- moins de temps d'attente, prise en charge rapide <p>Améliorer le temps d'attente et rationaliser les soins :</p> <ul style="list-style-type: none">- aménager les salles d'attentes avec un accès gratuit à internet, des rafraîchissements, des douches, des télévisions ou des sources d'informations sur la santé permet de rendre le temps d'attente plus tolérable <p>L'abus de substance comme stratégie d'adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none">- la consommation de substance est une manière de s'adapter à l'isolation, à la douleur, aux troubles de la santé mentale ou survivre à la rue- marijuana est décrit comme un antidépresseur, comme traitement contre les douleurs (physique et psychiques) et comme antidote aux effets stimulants des méthamphétamines lorsqu'ils ont besoin de dormir
--	--

	<p>- methamaphétamine décrit comme possédant des qualités médicinales. Cela aide aussi les jeunes à survivre dans la rue, à rester vigilant la nuit pour des raisons de sécurité</p>
Discussion	<p>Barrières financières : manque d'argent pour acheter les prescriptions médicales</p> <p>Barrières structurelles : manque de services dentaires et de santé mentale, et système de « one-stop-shop », c'est-à-dire de référer le jeune à un site où il reçoit des soins psychiques, à un autre site où il reçoit les soins médicaux... etc. Cette approche est une barrière structurelle pour les jeunes</p> <p>Barrière personnelles : stigmatisation et perception de discrimination</p> <p>Les jeunes préfèrent des lieux où ils peuvent recevoir en un lieu des soins médicaux, un accès aux services sociaux, à un logement, à de la nourriture, à des habits, à des douches et où ils peuvent créer des liens avec d'autres jeunes.</p> <p>Au niveau du développement, l'adolescence est l'âge durant lequel les relations sociales avec les pairs et leurs interactions avec les adultes sont importantes et intensément magnifiées (Rew, 2007, cité par Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008) ; généralement, les jeunes portent beaucoup d'importance à la qualité de ces interactions.</p> <p>La confiance, l'estime, le respect et l'empathie sont des attributs à la construction des relations thérapeutiques entre les jeunes de la rue et les prestataires de soins (Darbyshire et al. 2006).</p> <p>Plusieurs études ont déjà été présentées les forces et les facteurs de résilience de ces jeunes, comme l'autonomie ou les progrès personnels qui démontrent la maîtrise de leur environnement, même dans des situations où les services sont limités (Montgomery, 1994 ; Rew, 2000 ; Rew et Horner, 2003, cité par Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008). Par exemple, les jeunes de la rue <i>doivent et peuvent</i> recevoir des ressources de qualité liées à la santé nécessaires à leur survie. Par le bouche à oreille, les liens, et le réseau social, les jeunes de la rue apprennent comment et où ils peuvent fréquenter des services de soutien qui peuvent les protéger de leurs conditions de vie extrêmes (Rew & Horner, 2003, cité par Christiani, Hudson, Nyamathi, Mutere & Sweat, 2008).</p>
Implications pour la pratique	<p>Plusieurs participants ont fait part de leur désir d'avoir un mentor. Les « peer advocates », qui sont eux-même des personnes de la rue, peuvent être pour les jeunes des personnes auxquelles ils peuvent confortablement demander de l'assistance. Les jeunes désirent des interactions avec quelqu'un en qui ils peuvent avoir confiance, qui est empathique, ou avec quelqu'un qui partage ses expériences.</p> <p>Comme beaucoup de participants l'ont mentionné, les prestataires de soins ne sont pas formés au travail parmi les jeunes de la rue ; ils ne comprennent pas leur situation unique, ni leurs besoins. Les « peer advocates » peuvent servir comme « consultants » dans le développement de programmes de formation pour les soignants.</p>

	Recherche 9
Titre	Health-Seeking Challenges Among Homeless Youth
Auteurs	Hudson, A., Nyamathi, A., Greengold, B., Slagle, A., Koniak-Griffin, D., Khalilifard, F. & Getzoff, D.
Journal	Nursing Research
Année publication	2010
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Développer des connaissances sur les perceptions des jeunes par rapport à leurs comportements de demande d'aide. 1) Quelles sont les perceptions des jeunes adultes vivant dans la rue concernant les barrières et facilitateurs à recevoir des soins ? 2) Comment peut on favoriser l'accès aux services de soins existants auprès des jeunes de la rue ?
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Demande d'aide Coping Les jeunes de la rue
Devis & Aspects éthiques	Devis qualitatif, méthode de focus groupe avec guide d'entretien semi-structuré. Consentement signé des participants
Echantillon de population	24 jeunes adultes (18 à 25 ans) fréquentant un centre de soin (drop-in center) à Santa Monica, Los Angeles se décrivent eux-mêmes comme jeunes de la rue reportent une consommation de substance durant les 30 derniers jours
Introduction	<p>Environ 1,5 à 2 mio d'adolescents vivent dans la rue aux USA (Bucher, 2008, cité par Hudson et al., 2010). Les jeunes quittent souvent leurs famille suite à des conflits ; violence entre les membres de la famille, abus sexuels, physiques et/ou émotionnels par un membre de la famille (Johnson, Rew & Sternglanz, 2006, cité par Hudson et al., 2010). Les jeunes adultes en situation de rue, de par leur situation de vie (abus de substance, comportements sexuels à risques, conditions de vie non hygiéniques (Ensing & Bell, 2004, cité par Hudson et al., 2010), et un faible accès aux soins (Ensing & Panke, 2002, cité par Hudson et al., 2010)) sont plus vulnérables aux conséquences négatives de la santé.</p> <p>Les maladies sexuellement transmissibles, les troubles de la santé mentale chroniques, un manque de vaccination pour l'hépatite A et B sont aussi fréquentes chez les jeunes de la rue (Hudson, Nymathi & Sweat, 2008, cité par Hudson et al., 2010).</p> <p>En plus de tous ces problèmes de santé, les jeunes adultes en situation de rue expérimentent souvent un état de stress post traumatic, des problèmes dermatologiques (Rew et al., 2001, cité par Hudson et al., 2010).</p> <p>Il y a plusieurs raisons expliquant pourquoi les jeunes adultes de la rue ne recoivent pas de soins réguliers :</p> <p>D'après Klein et al. (2000, cité par Hudson et al., 2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la peur de notifications des services sociaux - la peur d'interventions légales - manque de familiarité avec le respect et comme accéder aux ressources de soins - manque d'accès à des assurances maladies abordables

	<p>D'après Ensing & Panke (2002, cité par Hudson et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque d'assurance maladie - problèmes de transport - manque des respect de la part des soignants <p>D'après Lim, Andersen, Cunningham & Gelberg (2002, cité par Hudson et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque d'assurance - manque de source de soins réguliers associé à un faible accès aux soins <p>Carlson, Sugano, Millstein & Auerswald (2006, cité par Hudson et al., 2010) reportent que les jeunes de la rue et jeunes adultes accèdent aux services de soins selon leur état. En effet, lorsque les jeunes sont stables ou bien intégrés dans la culture de la rue, l'accès aux soins n'est point une priorité. Lorsqu'un jeune est en déséquilibre, en crise il demandera plus aisément de l'aide en accédant à des structures de soins.</p> <p>En plus des barrières mentionnées précédemment, d'autres études ont reportés plusieurs barrières empêchant les jeunes d'accéder aux soins ;</p> <p>D'après De Rosa et al. (1999, cité par Hudson et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de connaissance par rapport aux assurances (pour ceux qui ont en une) - problèmes de confidentialité - la perception que le système de soins a des consignes et des règles restrictives <p>D'après Christiani, Hudson, Nymathi, Mutere & Sweat (2008) cité par Hudson et al., 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de professionnels formés au travail avec cette population - manque d'établissement de soins de santé - barrières spirituelles et culturelles - barrière de la langue - méfiance des professionnels des centre de soins <p>Autres barrières, d'après Martins (2008, cité par Hudson et al., 2010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque d'assurance - manque de moyen de paiement - stigmatisation - sens de l'irrespect envers la condition des sans-abri
Méthodologie	<p>Focus group guidés par un guide interview semi-structuré (SSGI). Cette étude fait partie d'une étude plus larges explorant les effets d'un programme d'arts sur les comportements à risques des jeunes adultes de la rue.</p> <p>Procédures :</p> <p>Recrutement des participants encouragé par la distributions de flyers. Les personnes intéressées ont reçu les informations nécessaires à la compréhension du motif de la recherche, puis les intéressés ont pu signé leur consentement. Suite à cette signature, un questionnaire bref socio-demographique a été complété. Chaque participants ayant signé a participé au focu group pour lequel il étati assigné.</p> <p>Au total, 5 sessions de focus group de 1h ont été conduits, avec 4 à 6 participants par groupe, afin que chaque puisse avoir la</p>

	<p>parole. Chaque participant a dû participer à seulement 1 seul focus group. Les focus group ont été enregistrés et retapés. L'anonymat des jeunes a été conservée. Les participants ont aussi reçu un somme de 15\$ comme compensation pour leur temps offert.</p>
Résultats	<p>La majorité des participants étaient des hommes (75%) et s'identifiaient par eux-mêmes comme Blancs (63%). Plusieurs étaient Afro-américains (21%) ou Hispaniques (13%). ¼ des participants ont suivi ou fini l'université, et près de la moitié on fini le gymnase. 5 participants ont des enfants, aucun vit avec les jeunes adultes en situation de rue.</p> <p>Faible accès aux soins (barrières) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rareté des services de soins - une longue attente pour accéder au service - les heures d'ouvertures du centre (pas tous les jours, à des heures changeantes) - manque d'assurance maladie - la discrimination exprimée par les professionnels des centres de soins à l'égard des jeunes adultes qui sont en situation de rue ou consomment des drogues illégales. - Certaines règles d'accès aux soins peuvent être des barrières (ex : « Tu dois être dans la rue depuis au moins un an pour accéder au centre d'accueil... c'est pourquoi il y a des gens qui trainent à San Fransisco et au nord de la Californie, car ils n'ont pas de services disponibles... les jeunes de là-bas, sans avoir été un seul mois dans la rue, ils vous trouvent un job et une place... la loi ne permet pas que les jeunes soient dans la rue » <p>Besoin de plus d'aide :</p> <p>Les jeunes désirent qu'il y ait plus de programmes de proximité, particulièrement pour des traitements de santé mentale</p> <p>Perception de la stigmatisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - jeunes étaient le plus frustrés par la discrimination vécue par les passants et les personnes qui appliquent la loi (policiers, gardiens) - confrontés à des jugement de valeurs - Pour les jeunes, la police n'a pas saisis les challenges des jeunes de la rue ont a endurer et leur job est de garder le quartier libre de toutes personnes en situation de rue <p>En les faisant travailler... :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien des amis est une source important aidant les jeunes à faire avec les challenges quotidiens - Les informations reçues des personnes en situation de rue plus âgées sont importantes - Le fait que les centre de soins informent la population des soins qu'ils proposent était important
Discussion	<p>L'objectif de cette étude était d'obtenir les perspectives des jeunes adultes en situation de rue par rapport à l'accès aux divers services de santé existants et de solliciter leur idées sur la façon dont les services peuvent le mieux répondre à leurs besoins. Pour favoriser le système, les jeunes adultes intialement ressentaient le besoin d'identifier les barrières au système, que l'on peut classifier den deux catégories ; structural et social.</p>

	<p>Les barrières structurelles sont les heures spécifiques fixées pour les jeunes adultes et les lieux des cliniques qui ne mettent pas à l'aide les jeunes. Les participants soulèvent être insatisfaits que les cliniques limitent leurs heures de service et ont une longue attente. D'autres barrières structurelles sont que les problèmes liés à la santé ou aux conditions de vie dans la rue reçoivent des soins prioritaires, comme les troubles bipolaires, les dépendances ou la durée du statut de jeune de la rue.</p> <p>Dans les accès aux soins manquants et le besoin de plus d'aide, un certain nombre de participants ont reporté avoir eu des maladies chroniques comme de l'asthme, des migraines et avoir reçu peu de cas de soins. Les migraines et l'asthme sont des symptômes qui affaiblissent et qui peuvent créer un déséquilibre auprès de ces personnes. Comme écrit précédemment, les jeunes de la rue font appel à l'aide dans des situations de crises, contrairement à lorsqu'ils sont stables.</p> <p>L'appel à l'aide ainsi que les comportements de coping peut toutefois être « actualisés » au travers du soutien social et par de « l'apprentissage guidé » (Nyamathi, 1989, cité par Hudson et al., 2010). Peut être que plus de services de proximité seraient nécessaires pour les jeunes adultes en phase plus stable en créant des services favorisant des comportements de prévention. Les professionnels sont aussi perçus comme étant dédaigneux et discriminants, même lorsque les ressources sont rares ou l'attente sur les listes est longue. Les jeunes ont reportés s'être sentis jugés et non désirés par la société. Ils perçoivent aussi que tous les efforts municipaux sont faits pour les rendre invisibles.</p> <p>En les faisant travailler, ces jeunes peuvent survivre comme paires de soutien pour d'autres jeunes en situation de rue.</p> <p>Les participants reportent plusieurs facteurs qui ont facilité leurs expériences de demande de soins. Premièrement, ils apprécient les services spécifiques pour les jeunes. Deuxièmement, ils sont reconnaissants du soutien des autres, tels que la famille et d'autres personnes significatives. Finalement, ils ont aussi exprimé leur reconnaissance envers les ressources accessibles.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> - zone géographiques (étude effectuée seulement à Santa Monica) - données narratives - une généralisation pour tous les jeunes adultes ne peut pas être effectuée - la présence de deux personnes guidant les focus group peut induire une différence de pouvoir
Implication pour la pratique et les recherches futures	<p>Vivre dans la rue ou en situation de logement instable provoque des problèmes de santé chez les jeunes adultes. Les symptômes ont des implications cliniques, si les symptômes ne sont pas traités, ils peuvent perturber le travail pouvant être effectué avec ces jeunes ainsi que le potentiel éducationnel. Il serait peut-être préférable, que les jeunes de la rue reçoivent des soins basés sur les conditions prioritaires telles que les abus de substances ou les troubles bipolaires, mais accompagné d'éducation à la gestion des symptômes (symptom management).</p> <p>Les soignants doivent être plus attentifs aux ressources de la communauté et envoyer correctement les jeunes dans d'autres services si nécessaire afin qu'ils n'errant pas dans les rues à la recherche de services et soient chassés par les représentants de la loi. Cette étude démontre qu'il y a besoin de plus de centres d'accueil (street outreach, drop-in centers) afin que les jeunes puissent avoir accès à des douches, participer à des activités favorisant des compétences utiles à la vie quotidienne, apprendre au sujet de stratégies de prévention et de la gestion des symptômes.</p>

	Recherche 10
Titre	How Runaways and homeless youth navigate troubled waters : the role of formal and informal Helpers
Auteurs	Kurtz, D., Lindsey, E., Jarvis, S. & Nackerud, L.
Journal	Child And Adolescent Social Work Journal
Année publication	2000
Pays	USA
But et Question de la recherche Hypothèse	Cette étude-ci se concentre sur les types d'aides les jeunes de la rue ont reçus par des sources formelles et informelles qui, selon eux, en les aident à résoudre les difficultés auxquelles ils doivent faire face. Elle a pour but d'identifier les clés permettant aux jeunes de résoudre efficacement les problèmes.
Cadre de référence / concepts / mots-clés	Jeunes de la rue Demande d'aide
Devis & Aspects éthiques	Etude qualitative utilisant des focus groups et interviews semis-structurés Anonymat respecté : tous les noms utilisés dans ce document sont des pseudonymes.
Echantillon de population	L'équipe de recherche a réalisé des interviews en face-à-face avec 12 (3 gars et 9 filles) participants qui ont été recrutés par le personnel des foyers et centre d'accueils pour jeunes de la rue, dans deux villes de Caroline du Nord et trois villes de la Géorgie. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient répondre aux critères suivants: 1) ils devaient être âgé de 18 à 25; 2) ils devaient avoir séjourné dans un refuge pour les jeunes de la rue, un foyer, ou un autre lieu de vie comme arrangement étant adolescent 3) ils ne devaient pas avoir vécu dans un abri ou un logement durant au moins deux ans.
Introduction	Bien que beaucoup de recherches aient été réalisées afin d'identifier les causes amenant les jeunes dans la rue, l'ampleur du problème ou encore les dangers auxquels ces jeunes font face, on sait très peu sur la manière dont ils sont capables de surmonter ces défis et réussissent leur transition à l'âge adulte. Les chercheurs, ayant conceptualisé ce projet, ont été frappés par l'analogie de jeunes de la rue en tant que marins sur une mer agitée, connaissent les eaux agitées et avoir à faire décisions sur la façon de naviguer pour réussir à atteindre le port. Ils ont incorporé cette analogie dans leur question de recherche générale: "Comment les adolescents de la rue naviguent-ils dans les eaux troubles de l'adolescence (quitter la maison prématurément, vivre dans des environnements à risques, s'engager dans des comportements à risques) réussissent-ils avec succès, leur transition vers l'âge adulte? " Cette question reflète l'intérêt des chercheurs à identifier les clés permettant aux jeunes de résoudre efficacement les problèmes.

	<p>Dans une étude sur la demande d'aide, Veroff, Kulka, et Douvan (1981) ont constaté que les jeunes de moins de 18 ans étaient moins susceptibles que les personnes âgées à demander l'aide de auprès de sources formelles. Ces études indiquent que, en général, les adolescents sont réticents à demander de l'aide, en particulier auprès des organismes officiels.</p> <p>Les perceptions des jeunes de la rue de ce qui est utile ou non comme aide pour eux, est important à connaître pour les travailleurs sociaux et autres professionnels travaillant avec cette population de jeunes.</p> <p>Il est important de comprendre quels types d'aider les adolescents perçoivent comme étant utile et approprié pour eux, plutôt que de supposer que ce qui est utile pour les adultes ou les jeunes enfants sera également utile aux adolescents.</p>
Méthodologie	<p><u>Collecte des données :</u></p> <p>Dans un premier temps, les chercheurs ont effectué des groupe de discussions avec 30 pairs éducateurs des foyers pour jeunes de la rue, afin de récolter leurs idées sur les manières que les des jeunes utilisent afin d'avoir du succès, malgré les nombreuses crises dans leur vie. Dans un second temps, un groupe de discussion a également été menée avec 22 professionnels des services sociaux qui ont travaillé avec les jeunes de la rue actuels et anciens. L'idée était de récolter leurs perceptions sur les mêmes sujets afin de créer un guide d'entretien semi structuré. La version finale du guide d'entrevue comprenait les principaux thèmes suivants: les données démographiques, les expériences de moments difficiles des jeunes, leurs façon de surmonter ces moments difficiles; qui et quels types d'aide ont-il reçus; quels conseils donneraient-ils aux professionnels, leur situation actuelle; leur définition personnelle de la réussite, leurs plans futurs et leurs espoirs.</p> <p>Tous les quatre membres de l'équipe de recherche ont mené des entrevues. Les entretiens ont duré de 50 à 90 minutes, ils ont été enregistrés et retranscrits mot à mot. Les participants ont reçu 30 \$ en espèces à la fin de leurs entretiens.</p> <p><u>Analyse des données :</u></p> <p>Le but du processus d'analyse des données a été de construire un cadre conceptuel reflétant les expériences et perceptions des participants concernant les facteurs qui leur ont permis de résoudre leurs difficultés, et concernant l'aide qu'ils ont reçue.</p>
Résultats	<p><u>Données démographiques :</u></p> <p>Sur les 12 participants, 3 étaient de sexe masculin, 9 étaient des femmes, 9 étaient de race blanche, et 3 étaient Afro-Américains. Six de ces jeunes étaient de la Géorgie, et 6 étaient de la Caroline du Nord. La plupart des jeunes avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires ou avaient terminé un apprentissage. Aucun des jeunes ont été «abandonné». Ces participants avaient vécu dans un ou plusieurs des dispositifs alternatif de survie: parents, familles d'accueil, logement, foyer, centre de détention ou l'hôpital psychiatrique. Trois jeunes ont vécu dans la rue à un moment donné. Six de ces jeunes ont été impliqués dans l'usage de substances illégales, 7 avaient été accusée d'une infraction, et 4 ont déclaré avoir eu un traitement psychiatrique avant, pendant, ou après leur période d'itinérance.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <p>Tous les participants ont indiqué que l'aide des autres était un facteur essentiel leur permettant d'être en mesure de résoudre des problèmes auxquels ils sont confrontés.</p> <p>Les jeunes ont identifié trois grands types d'aide auxiliaires (famille, amis, et les professionnels) et cinq types d'aide qu'ils ont perçus comme important (prendre soin, la fiabilité, fixer des limites et responsabiliser le jeune, une assistance concrète et les</p>

	<p>conseil).</p> <p>Types d'aide reçus :</p> <p>4 catégories d'aide sont ressorties des entrevues avec les jeunes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) prise en charge, prendre soin 2) fixer des limites et responsabiliser le jeune 3) une assistance concrète 4) les interventions professionnelles <p>Chacun des jeunes de 12 a déclaré avoir reçu un ou plusieurs de ces types d'aide</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Prendre soin (caring) <p>Onze des participants ont évoqués avoir été « soigné » par d'autres personne. Ils perçoivent cela comme une forme d'aide qu'ils ont reçue.</p> <p>Etre soigné n'implique pas simplement d'essayer de guérir ou de résoudre les problèmes. « Prendre soin » est une attention individualisée, une acceptation inconditionnelle, sans porter de jugement écoute et un soutien affectif.</p> <p>Les mots et expressions exprimant le « prendre soin » sont : « être là pour moi », « prier pour moi », « rester en contact avec moi », « être disponible quand j'ai besoin d'elle », « me laisser prendre des décisions difficiles, mais aussi me guider », « être à l'écoute plutôt que de me dire quoi faire », « me traiter comme si j'étais son propre "et" tendre la main pour moi. " Le fait de « prendre soin » a donné aux jeunes un sentiment de sécurité, du soutien, de la compréhension et de la chaleur.</p> <p>2) Fixer des limites et responsabiliser le jeune</p> <p>10 des 12 participants ont parlé de l'importance des aidants familiaux et professionnels qui « parlent avec justesse », les encourage, les aide à se rendre compte de leurs actions, les confrontent aux les conséquences de leurs actes et fixent des limites.</p> <p>Mandy a également parlé de la façon dont sa tante" m'a fait réaliser que les choses ne vont pas être meilleures si je ne les rends pas meilleures. "</p> <p>Sa tante a été difficile avec elle, exigeant qu'elle effectue des tâches et de prenne sur elle certaines responsabilités.</p> <p>3) Assistance concrète</p> <p>Neuf jeunes évoquent avoir apprécié l'aide concrète qu'ils ont reçus de leur famille, amis et des professionnels.</p> <p>L'aide concrète s'est présentée sous différentes formes; telles que un abri temporaire dans la maison d'un enseignant, un abri en foyer, vivre avec un membre de la parenté, le paiement pour les tests de dépistage de drogues, des médicaments pour traiter une maladie psychique, de l'argent pour les transports et l'école.</p> <p>4) Les interventions professionnelles</p> <p>Cette catégorie d'aide comprend un large éventail d'interventions, y compris des conversations avec le personnel des foyers et centre d'accueil, des conseils formels ou des thérapies, et à grande échelle des programmes de traitement résidentiel.</p> <p>Sept participants ont indiqué qu'une certaine forme d'intervention professionnelle les a aidé à résoudre des problèmes. Ces interventions visaient une grande variété de problèmes et de questions: la toxicomanie, la violence, les relations familiales, les</p>
--	---

	<p>relations interpersonnelles, la santé mentale, l'orientation sexuelle et le développement de sa carrière professionnelle. Les approches que les jeunes ont trouvés utiles étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les interventions de crise - la résolution de problèmes - thérapie familiale - le renforcement des compétences de communication - le travail en groupe - l'enseignement sur la spiritualité amérindienne <p>Les types de personnes aidantes :</p> <p>1) Les membres de la famille</p> <p>Tous les jeunes de 12 ont parlé des rôles joués par leur famille dans leur adolescence. Certains rôles ont été utiles d'autres non. Beaucoup ont grandi dans des familles dysfonctionnelles dont ils voulaient s'échapper. La plupart des jeunes se sont enfuis de leurs familles à un moment ou un autre.</p> <p>Comme beaucoup d'autres participants, June a estimé que sa relation avec sa famille était comme des montagnes russes. À certains moments elle se sentait soutenue, et à d'autres moments, elle ne pouvait pas compter sur ses parents.</p> <p>Malgré la déséquilibre dans les relations familiales, un certain nombre de jeunes ont reporté que leurs parents ou d'autres membres de la famille ont été des sources d'entraide et de soutien à des moments critiques de leur vie, comme au cours d'une grossesse non planifiée, lorsque le jeune a été arrêté et emprisonné, ou lors d'une profonde dépression.</p> <p>L'aide des membres de la famille inclue une aide concrète avec un soutien financier, un logement, un transport, un soutien à la scolarisation et des soins de santé. Certains membres de la famille ont également fourni un soutien émotionnel et encourageant. Cependant, la famille n'a pas toujours été une source d'aide.</p> <p>2) Les amis</p> <p>Trois quarts des jeunes interrogés ont souligné l'importance d'amis. Les amis sont considérés comme des sources de soutien inconditionnel. Parfois, les amis ont été considérés comme les seuls qui pourraient être dignes de confiance et parfois ils ont fourni une motivation au jeune de changer.</p> <p>3) Les professionnels</p> <p>Tous les jeunes, sauf un, ont souligné être en relation avec des professionnels qui les aident. Les professionnels aident à fournir une assistance pour répondre aux besoins de base, développer la communication et les compétences de gestion de la colère, fournir une structure et des activités positives et planifier l'avenir. Grâce à des programmes mis en place par des professionnels (éducateurs sociaux, psychologues, infirmiers, et autres), les jeunes ont pu apprendre à gérer les sentiments, à améliorer leurs relations avec les autres membres de la famille, à arrêter l'utilisation d'alcool et de drogues. Certains aidants professionnels sont devenus des modèles pour les jeunes.</p> <p>Comme une participante l'a dit ; « les amis que je m'étais acquis n'étaient pas bon pour moi. Donc, tu sais, les modèles que j'ai eus</p>
--	--

	<p>au centre de traitement étaient comme les meilleures choses dans ma vie et j'aime que mon thérapeute qui me met en première place, elle est toujours mon modèle. Tu sais, elle est une femme incroyable ».</p> <p>Les jeunes perçoivent les professionnels comme aidant lorsqu'ils prennent soin d'eux et les responsabilises par rapport à leurs actes.</p> <p>Au premier abord, les jeunes ne perçoivent pas le sens des règles strictes établies par les professionnels, mais rétrospectivement ils perçoivent leur valeur.</p> <p>Les conditions facilitant une demande d'aide</p> <p>1) La fiabilité des aidants</p> <p>Beaucoup de jeunes qui ont participé à cette étude avaient de multiples expériences avec des personnes qui étaient prêtes à les aider, y compris la famille, les amis et les professionnels.</p> <p>Un jeune a indiqué que deux conditions devaient être réunies pour que les jeunes utilisent cette aide: percevoir la personne aidante comme personne de confiance et être prêts à accepter de l'aide.</p> <p>La fiabilité des aidants familiaux et les amis, mais surtout professionnel, était une question importante pour sept jeunes. Pratiquement tous les participants avaient été impliqués dans plusieurs liens avec des professionnels. Les jeunes étaient sceptiques par rapport à l'aide qu'ils pouvaient obtenir. Ils ont exprimés de la difficulté à faire confiance. Une jeune a évoqué l'importance de dire la vérité, une autre a parlé de l'importance de la confidentialité et d'avoir quelqu'un sur qui l'on peut compter. Une autre évoque l'importance de planifier les congés, était d'une valeur inestimable: «Vous ne vous sentez pas comme si vous aviez été abandonné (...) »</p> <p>Certains éléments mentionnés par les jeunes ont développé leur méfiance à l'égard des professionnels ; la rupture de confidentialité, la stigmatisation, ne pas tenir ses promesses et d'être traitée comme un objet.</p> <p>Actuellement, une de ses stratégies pour obtenir de l'aide est d'appeler les lignes d'assistance confidentielles plutôt que la confiance dans les rencontres personnelles.</p> <p>Sans ce sentiment de confiance, les jeunes n'étaient pas susceptibles à être aidés.</p> <p>2) Prêts à accepter de l'aide</p> <p>Quelle que soit la personne qui offre de l'aide (famille, amis, professionnel), le jeune estime avoir besoin de se sentir prêt à accepter cette aide.</p> <p>Certains jeunes ont évoqués avoir fait des erreurs, avant de réaliser qu'ils avaient besoin d'aide. Plutôt que d'apprendre par l'observation de pairs qui ont obtenu des ennuis ou d'apprendre par les conseils qu'ils ont reçus, ils ont dû essayer les comportements à risque pour eux-mêmes.</p> <p>Pour certains, ce n'était pas simplement une question de faire des erreurs, mais il a paru nécessaire pour eux de toucher le fond avant ils étaient ouverts à recevoir de l'aide.</p> <p>Parfois, ce stade de préparation a été précipité par une expérience effrayante ou traumatique qui a marqué un tournant dans leur vie, comme; la peur de perdre la garde d'un enfant, le divorce des parents ou des abus.</p> <p>Conseils pour les professionnels</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - ne pas présenter de favoritisme à l'égard de certains jeunes « Ne choisissez jamais de favoris, comme ils l'ont fait avec moi... J'aimais ça. J'aimais l'attention qu'on me portait. Mais à la fin, ça m'a blessé car lorsque tu pars, tu n'as plus ces personnes» - les jeunes évoquent avoir besoin de : confiance, de présence (être là pour eux) et d'écoute - important de créer un environnement sécuritaire pour se rencontrer, afin de pouvoir être aptes à parler, afin de pouvoir explorer en profondeurs les problèmes personnels. Un lieu sûr est un contexte qui favorise la création d'un lien de confiance. - La confiance induit l'honnêteté - « être là et écouter » - «mettez vous dans la peau des jeunes. S'ils se font tabasser à la maison et détestent la maison, par dieu, ils ont une raison de haïr être à la maison. Ne leur dites pas: «je pense que vous devriez rentrer à la maison » » - accepter que les « adolescents vont essayer les choses au moins une fois » - l'acceptation est un élément important ; «la personne que j'étais au fond de moi, je ne pouvais vraiment pas la montrer parce que personne ne l'aurait accepté" - « ne soyez pas désolés pour ces jeunes » ; "ne vous sentez pas désolé pour eux. Soyez gentil et tout, mais quand ils vous présente une certaine attitude, donner la leur en retour. Soyez sévères. Soyez fermes et justes. " et "ne vous sentez pas désolé pour moi en m'aidant. Je voulais que les gens comprennent ce que je vivais, mais je n'ai jamais voulu la pitié de personne. La pitié est tout simplement la pire des choses. Boostez moi le long du chemin, mais ne me plaignez pas. Ça me fait me sentir impuissant. » - être stricte et donner la responsabilité à chacun
Discussion	<p>Alors que les adolescents actuels éprouvent davantage de problèmes signalés que leurs parents ou grands-parents ont eu pendant leurs années d'adolescence, il a été prouvé qu'ils reçoivent moins de soutien social et émotionnel (Christopher, Kurtz, & Howing, 1989, cité par Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000). La plupart des jeunes de cette étude ont trouvé une protection et un soutien auprès d'un membre de la famille, un ami ou une aide professionnelle.</p> <p>Ces résultats peuvent être comparés avec ceux de Garmzy (1983, cité par Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) et Warner et Smith (1982, cité par Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000) qui ont trouvé que le soutien externe par des adultes ou des pairs différencie les enfants résilients à leurs pairs qui avaient des problèmes d'adaptation à l'adolescence.</p> <p>Dans presque tous les histoires de vie de cette étude il y avait au moins un adulte qui a aidé le jeune à naviguer dans les eaux troubles. Pour certains jeunes, les familles étaient des obstacles à leurs efforts pour changer leur vie. Certaines familles étaient tout simplement trop dysfonctionnelles et les jeunes ont appris qu'il était plus sain pour eux de maintenir une certaine distance.</p> <p>Bien que, à plusieurs reprises, les participants se sont impliqués avec les pairs dans la drogue, la criminalité, les maladies sexuellement transmissibles, et d'autres comportements à risques, de nombreux jeunes avaient des amis qui étaient sources de protection et de soutien. Ces amis étaient un instrument aidant les jeunes à traverser les moments difficiles et étaient là pour eux de manière constante. Ils ont été les confidents de confiance qui les ont aidés à améliorer leurs problèmes et les ont motivés à changer.</p>

	<p>Les aidants professionnels tels que les conseillers, les travailleurs sociaux, enseignants, parents nourriciers, les ministres, les thérapeutes et le personnel des centres d'accueil et d'hébergement ont aussi été précieux pour aider certains jeunes à passer au travers de leur adolescence difficile.</p> <p>Le professionnel est émotionnellement investi, authentique dans sa préoccupation, et s'est engagé à favoriser le bien-être de l'adolescent. Les interactions entre les professionnels et les jeunes sont initiées par ces deux parties.</p> <p>Pour les jeunes de cette étude, les professionnels aidant leur ont servis de conseillers, de mentors, de confidents, d'avocats, d'amis et de parents de substitution. Ils ont investi beaucoup de temps, de patience, de dévouement et l'acceptation en cultivant des relations de confiance avec les jeunes plus réfractaires.</p> <p>Une implication pratique : les programmes conçus pour les jeunes de la rue doivent être flexibles et centrés sur la personne. Ils doivent éviter la stigmatisation et la « pathologisation » des jeunes.</p> <p>Rejoindre les jeunes vulnérables nécessite un investissement dans l'homme capital, c'est-à-dire qu'il faut avoir le temps et le talent pour former des relations de confiance stables et répondre aux multiples besoins des jeunes.</p> <p>Les professionnels aidants doivent plaider pour des politiques et des procédures qui permettent et encouragent les personnes travaillant avec cette population de les traiter comme ressources plutôt que simplement des objets ou des bénéficiaires de services (Lofquist, 1993, cité par Kurtz, Lindsey, Jarvis & Nackerud, 2000).</p> <p>La famille et les amis continuent souvent à être des acteurs essentiels dans les vies de ces jeunes de la rue, même après avoir quitté la maison. Malgré les relations difficiles et tendues, entre de nombreux jeunes et leurs familles, certains membres de la famille peuvent jouer des rôles productifs à des moments cruciaux de la vie des jeunes.</p> <p>Les amis peuvent également servir de puissante motivation et des peuvent être des modèles pour un changement positif.</p> <p>Les professionnels qui travaillent avec les jeunes de la rue ont besoin de reconnaître l'importance d'aider les jeunes à envisager une possibilité de rétablir des liens avec la famille et des amis qui pourraient être favorables.</p> <p>Les jeunes désirent et ont besoin de prendre des décisions par eux-mêmes, mais ils ont aussi besoin des autres. Ils veulent et ont besoin du soutien, de compassion et d'assistance par des personnes, que ce soit de la famille, des amis ou professionnels. Ces personnes doivent être fiables, croire en leur valeur en tant que personne et un espoir pour l'avenir de ces jeunes.</p>
Limites	- petit échantillon de population